

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 octobre 1908, à 1 heure

Par **Roger TREILLE**

Né à Constantine, le 22 octobre 1881

DE

LA CACHEXIE PALUDÉENNE

Président : M. GAUCHER, professeur.

*Juges : { MM. PIERRE MARIE, professeur.
LEGRY et LÖEPER, agrégés.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

—
1908

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 octobre 1908, à 1 heure

Par Roger TREILLE

Né à Constantine, le 22 octobre 1881

DE

LA CACHEXIE PALUDÉENNE

Président : M. GAUCHER, professeur.

*Juges : { MM. PIERRE MARIE, professeur.
LEGRY et LOEPER, agrégés.*



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1908

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie.		NICOLAS.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.		QUENU.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.		G. BALLET
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY
		DEBOVE.
Maladies des enfants		LANDOUZY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.		GAUCHER.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	}	LE DENTU.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique.		RECLUS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		SEGOND.
Clinique d'accouchements	}	DE LAPERSONNE
		ALBARRAN.
Clinique gynécologique		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile		BAR.
Clinique thérapeutique		RIBEMONT-DES-
		SAIGNES.
		POZZI.
		KIRMISSON.
		A. ROBIN.
MM.		
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS
BALTHAZARD	DEMLIN	LECENE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JEANSELME	MARION
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN
CLAUDE	LABBE (MARGEL)	MULON
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
Agrégés en exercice.		
		NOBÉCOURT
		OMBREDANNE
		POTOCKI
		PROUST
		RENON
		RICHAUD
		RIEFFEL
		SICARD
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

MONSIEUR ÉMILE SARRADIN

Ancien maire de Nantes
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR ALCIDE TREILLE

Professeur honoraire des maladies des pays chauds
à l'École de médecine d'Alger
Ancien médecin militaire
Officier de la Légion d'honneur.

A MA MÈRE

A MON ONCLE

LE DOCTEUR GEORGES TREILLE

Ancien médecin inspecteur général du service de santé
au Ministère des Colonies
Professeur de clinique exotique à l'École de médecine
de Marseille
Officier de la Légion d'honneur.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX ET
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR E. GAUCHER

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine
de Paris

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur.

DE

LA CACHEXIE PALUDÉENNE

Ce travail comprend trois parties :

I. — Aperçu historique et nosologique de la cachexie paludéenne.

II. — Des fièvres intermittentes dans leurs rapports avec la cachexie paludéenne :

A. — Les fièvres intermittentes dites paludéennes créent-elles la cachexie si le traitement a été nul ou restreint ?

B. — Une fièvre intermittente survenant chez un sujet considéré comme « paludéen » amène-t-elle l'augmentation nouvelle de la rate et la cachexie malgré l'expectation ?

III. — Examen analytique des diverses affections qui ont été décrites sous le nom de cachexie paludéenne.

Conclusions.

I

Aperçu historique et nosologique de la cachexie paludéenne.

La dénomination de cachexie paludéenne serait entrée dans le langage médical vers le milieu du XIX^e siècle.

« Il était d'usage, dit Dutroulau, dans son *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, de ne décrire la cachexie paludéenne que sous le nom d'intoxication lente des marais... Les médecins de l'Algérie ont été les premiers, je crois, à la considérer comme une forme chronique de l'impaludisme ; l'un d'eux, M. Catteloup lui a consacré une bonne monographie (1). »

Ce travail parut en effet dans le *Recueil de mémoires de médecine militaire* sous le titre : « De la cachexie paludéenne en Algérie » (1851).

« Comme il est très logique, dit-il, de désigner sous le nom d'affections limniques ou paludéennes les pyrexies intermittentes et la grande majorité des fièvres continues des pays chauds, nous croyons ne pouvoir mieux faire, pour caractériser les états morbides consécutifs,

1. Dutroulau. *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, p. 344.

que d'adopter l'expression de cachexie paludéenne, sans toutefois affirmer que ces pyrexies soient, dans tous les cas, dues à l'agent miasmatique. Dans son acception la plus générale, la cachexie paludéenne est une affection de tout l'organisme dépendant d'un affaiblissement profond du système nerveux, d'une altération du sang, produisant le plus souvent des déterminations morbides locales dans les viscères, le cerveau, le poumon, le foie, la rate, etc... des hémorrhagies passives et des suffusions séreuses, perturbations organiques ayant généralement pour origine l'intoxication miasmatique ou paludéenne (1). »

La même année, dans sa thèse, Causse groupe « tous les accidents consécutifs qui accompagnent les fièvres intermittentes prolongées, suite de l'intoxication miasmatique (2). »

Bientôt après, Haspel publie son livre sur : *Les maladies de l'Algérie*. Il signale « ces accidents graves et sérieux qui nous révèlent une modification profonde et spécifique de l'économie tout entière sous l'influence du miasme paludéen : c'est la cachexie paludéenne, la plus funeste des maladies constitutionnelles, celle qui désole la population des hôpitaux de l'Algérie (3). »

Dans une thèse soutenue à Paris en 1856 Konce es-

1. Catteloup: De la cachexie paludéenne en Algérie (*Recueil de mémoires de médecine et chirurgie militaire*. Tome VIII, p. 7), année 1851, 2^e série.

2. Causse. *Thèse de Montpellier* (1851) : De la cachexie paludéenne en Afrique.

3. Haspel. *Maladies de l'Algérie* (1854), p. 354.

time que : « l'intoxication chronique n'embrasse qu'un seul objet : c'est la cachexie palustre ; la cachexie est un état général de tout l'organisme provenant de l'intoxication palustre (1). »

Dutroulau, dans son *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds* (1861) voit dans la cachexie : « la phénoménisation la plus profonde et la plus avancée de la diathèse paludéenne » et la définit « un état anémique de cause palustre » (2).

C'est aussi l'opinion soutenue par Gaubert (thèse de Montpellier, 1864) : « La fièvre intermittente, lorsqu'elle dure trop longtemps, jette le malade dans un état de cachexie (3). »

Duboué (*De l'Impaludisme*, 1867) signale, lui aussi, la cachexie palustre : « J'ai déjà dit ailleurs, écrit-il, et ne cesserai de répéter que les cas de cachexie palustre sont rares et très rares dans notre contrée... » — « J'ai vu toutefois quelques cas très rares de cachexie palustre avec teint jaunâtre des téguments, bouffissure de la face, œdème partiel, intumescence de la rate, etc. (4)... »

Puis Griesinger y consacre un article dans son *Traité des maladies infectieuses* (1868).

A ses yeux les fièvres quartes sont celles qui sont « le plus souvent accompagnées de cachexie » (5).

Colin (1870) distingue l'intoxication chronique de la

1. Konce. L'intoxication palustre. *Thèse de Paris*, 1856.

2. Dutroulau, *loco citato*, p. 343.

3. Gaubert. De la pathogénie et de la thérapeutique des fièvres à quinquina. *Thèse de Montpellier* (1864).

4. Duboué. *De l'Impaludisme*, p. 173 et 174.

5. Griesinger. *Traité des maladies infectieuses* (1868), p. 15.

cachexie disant du pronostic : « qu'il est quelquefois très grave..., mais le plus grand danger que courent ces malheureux c'est l'influence d'affections concomitantes auxquelles les prédispose leur débilitation et contre lesquelles ils n'ont aucune résistance (dysenterie, pneumonie, scorbut). » (1) Les idées qu'exprime Dangerville (thèse de Paris, 1876), *Impaludisme sans fièvre* sont analogues à celles de Colin.

Parmi ceux qui ont encore disserté sur la cachexie paludéenne il nous faut citer : Hirtz (article du *Dictionnaire Jaccoud*, 1874), Tartenson (*Traité clinique des fièvres larvées*, 1888); deux médecins de la marine Corre 1887 et Roux (1889); Laveran (1884-1898.) Enfin nous arrivons au *Traité des maladies des pays chauds* de Kelsch et Kiener (1889) qui a servi plus tard à Catrin pour écrire sa *Monographie sur le paludisme chronique* (1892).

De leur côté, Trousseau, Jaccoud et Rendu ont traité la question dans leurs cliniques. Rendu estime « qu'il n'est nullement nécessaire pour devenir anémique et cachectique, d'avoir eu des accès de fièvre intermittente répétés : il suffit d'avoir séjourné longtemps dans un pays à malaria. » Lorsqu'il y a eu des accidents fébriles, c'est surtout la fièvre quarte qui est à redouter pour ses conséquences, nous dit encore le même auteur ; « aussi, dans le midi de la France, tout individu atteint de cette forme fébrile est voué presque certainement à la cachexie au bout de quelques mois. » (2)

1. Colin. *Traité des fièvres intermittentes*, chap. IV (1870).

2. Rendu. *Lec. de Clinique M^{le}*. T. I, p. 71.

Plus près de nous, le Dantec consacre quelques pages à la cachexie dans son *Précis de pathologie exotique*.

Et maintenant, si nous faisons une synthèse des opinions émises par la majorité des auteurs modernes, nous voyons que la cachexie paludéenne serait une modalité du paludisme chronique. Ce ne serait pas, comme Dutroulau naguère l'avait fait observer « l'état qu'on observe surtout après de longues maladies ou à la fin de certaines affections parvenues à un haut degré d'intensité. » Non. Il faudrait y voir, comme l'indique Catrin à la suite de Kelsch et Kiener « la dernière étape de l'intoxication paludéenne chronique. » Poursuivant avec les mêmes auteurs, nous devrions voir que la cachexie est au cours d'une affection paludéenne ce que l'asystolie ou cachexie cardiaque est pour une affection du cœur. Mauviez écrit : « Le paludisme chronique avec ses hyperémies phlegmasiques représente la période de lutte de l'organisme contre l'envahisseur ; c'est la phase de compensation. La cachexie, avec ses œdèmes, ses ascites, ses scléroses viscérales, représente la période de la défaite, de la déchéance organique ; c'est en un mot la banqueroute de l'organisme ! (1) » Pronostic sombre pour les uns, fatal pour les autres, tel Catrin : « Dans la cachexie la mort est la règle, la guérison, l'exception. (2) »

Le diagnostic positif ne varie guère avec les auteurs :
Anémie ;

1. Mauviez. *Le paludisme à Diégo-Suarez et à Touggourt*, p. 106.

2. Catrin. *Paludisme chronique*, p. 18 et 189.

Hypersplénie ;

Cédèmes ;

Tel serait le trépied de la cachexie paludéenne.

La fièvre, les phénomènes hépatiques (ictère), nerveux, (engourdissements, somnolence, apathie), rénaux ; les hémorrhagies, les troubles respiratoires, la gangrène, tels sont, rapidement esquissés, les symptômes accessoires qui peuvent venir assombrir le tableau.

Dans la cachexie paludéenne, l'anatomie pathologique signalée dans les différents auteurs est peu nette. « Les altérations que l'on rencontre chez les individus qui meurent de cachexie palustre sont plus apparentes, plus grossières que les altérations du paludisme aigu ; elles sont aussi plus variées et on a souvent de la peine à distinguer les lésions qui relèvent directement du paludisme, des lésions secondaires ou qui relèvent d'autres causes, de l'alcoolisme par exemple (1). »

Résumons, d'après les différents traités, les altérations trouvées à l'autopsie d'un individu mort cachectique :

Rate. — Son volume est augmenté très notablement ainsi que son poids.

L'organe est sclérosé, la capsule est épaissie. Des adhérences nombreuses renforcent cette capsule et immobilisent la rate.

Foie. — Augmentation de volume et de poids. Mais ici encore il y a divergence de vue parmi les auteurs : les uns voulant y voir une cirrhose atrophique ne différant guère de la cirrhose atrophique de Laënnec (La-

1. Laveran. *Paludisme*, p. 101.

veran)(1); d'autres affirmant qu'« on ne constate jamais ces cirrhoses, comme les appelait Laënnec, c'est-à-dire ces saillies très apparentes de la cirrhose alcoolique ou du foie clouté syphilitique. » (Catrin) (2).

Reins. — Lésions inconstantes. Quand elles existent, il s'agirait de lésions de néphrites mixtes.

Poumons. — Sclérose avec noyaux hémorrhagiques.

Cœur. — Les altérations que l'on y trouve sont « accidentelles et presque toujours relèvent d'autres causes que du paludisme. » (Laveran) (3).

Les altérations du tube digestif seraient banales. Elles seraient plutôt le fait « d'une dysenterie antérieure ou concomitante » (Laveran) (4). Pour ce qui est du système nerveux, Catrin n'hésite pas à reconnaître que l'on a « souvent constaté ou cru constater de fréquentes altérations des centres nerveux et de leurs enveloppes (5). »

Quant au sang, on trouverait un abaissement considérable des hématies et des leucocytes ; le pigment mélanique se rencontrerait dans les petits vaisseaux de la rate.

1. *Id.*, 105.

2. Catrin, p. 164.

3. Laveran, *loco citato*.

4. Laveran, *loco citato*.

5. Catrin, *loco citato*, p. 164.

II

DES FIÈVRES INTERMITTENTES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA CACHEXIE PALUDÉENNE

A. — Les fièvres intermittentes dites paludéennes créent-elles la cachexie si le traitement a été nul ou restreint ?

Pour résoudre cette question, interrogeons d'abord les Anciens.

D'une manière générale, ils avaient déclaré les véritables fièvres intermittentes, parfaites comme ils les appelaient, (*febres intermittentes veræ, exquisitæ*), exempts de danger (*periculi expertes*) (1).

Hippocrate, dans ses aphorismes, avait établi ce principe : « De quelque manière que les fièvres soient intermittentes, cela signifie qu'elles sont sans danger (2). »

1. Trnka. *Historia februm intermittentium*. Vienne, 1775, p. 73 et suiv. *Accessiones typorum exquisitorum*.

2. *Id.* p. 238 et *passim*.

Cet aphorisme paraît avoir été cité pour la dernière fois au XIX^e siècle dans un traité classique, celui de Joseph Frank : *Pathologie interne*, Paris, 1835, t. 1, p. 130... « *quocumque modo (febres) intermiserint quod sine periculo sint significat.* » (*Aphorismorum*, sect. IV, aph. 43.)

Toutefois nous laisserons de côté ce qui a trait à la quotidienne. Elle devait nécessairement prêter à la confusion ; les poussées fébriles, ou même, si l'on veut, les accès quotidiens, ne sont-ils pas communs à un certain nombre de maladies : à la phthisie, aux suppurations, aux affections du foie, etc ?..

Du reste, dans la quotidienne parfaite, comme A. Treille (1) l'a montré, on observe fréquemment l'apyrexie spontanée et prompte. Quelquefois, au bout de quelques jours, la fièvre tombe spontanément, pour reparaitre ensuite atténuée, tierce ou quarte. Quelques auteurs ont été jusqu'à nier son existence, ou tout au moins la regardent comme une rareté.

Trnka, dans son *Histoire des fièvres intermittentes*, montre suffisamment les divergences d'opinions qui ont pu exister à ce sujet. Voici un passage traduit de son œuvre : « On trouve des médecins qui nient absolument l'existence de la quotidienne intermittente, ou pensent qu'elle est extrêmement rare. Et cette fièvre qui revient chaque jour, ils ne la considèrent que comme une double tierce, ou une triple quarte ; ou bien ils veulent qu'elle soit de la famille des continues, qui, par leur nature, diffèrent entièrement des intermittentes. Au

1. A. Treille. Du chlorhydro-sulfate de quinine dans la fièvre intermittente parfaite. (Communication au Congrès de médecine de Bordeaux, 1895, Tome II, et *Gazette médicale de Nantes*, 1895.)

Id. Lettre sur le Paludisme à M. le Dr Rendu. (*Gazette médicale de Nantes*, 1899.)

nombre de ceux qui jugent ainsi furent Fernel, Plater, Sennert et plus récemment Sénac (1). »

Pour la tierce parfaite, le jugement d'Hippocrate était qu'elle se juge en sept accès au plus (2) ; elle ne cause pas la mort (3).

Trnka nous dit que beaucoup l'ont considérée comme étant exempte de danger (*periculi expers esse a multis creditur*). Le même auteur cite l'opinion de Forest : « Car, moi-même, dit Forest, au cours de ma pratique médicale de quarante années, je n'ai vu personne mourir de tierce, à moins que celle-ci ne se changeât en continue (4). » C'est-à-dire qu'il ne survienne une intercurrence morbide, une affection fébrile supplémentaire déterminée par une autre maladie.

Pour la quarte, les anciens étaient encore parfaitement d'accord. Voici le jugement si favorable que portait Hippocrate : « La fièvre quarte est de toutes la plus sûre, la plus supportable et la plus longue ; outre ces caractères de bénignité qu'elle a en elle-même, elle peut encore mettre une fin à d'autres graves maladies (5). »

Plus tard, Trnka, citant cet aphorisme ajoutera : « Bien qu'Hippocrate n'ait dit cela que de la quarte, cependant on a observé que la tierce produisait le même effet. Van der Mye (*De Morbis Bredanis*, p. 5) affirme que

1. Trnka. *Loc. cit.*, p. 12.

2. « *Tertiana exquiritur septem circuitibus ut longissime judicatur.* » (Trnka), p. 276.

3. Hippocrate. *Epid.* Liv. I, traduction Littré, p. 673.

4. Trnka, p. 279 et p. 280.

5. Hippocrate. *Épid.*, liv. I, traduction Littré, p. 673.

des gens furent préservés de la peste grâce à la tierce. En effet, alors que dans l'épidémie de Bréda toutes les autres maladies sporadiques dégénéraient en peste, par la tierce seule lui et ses malades furent préservés (1). »

Galien disait : « La plus longue et à la fois la plus exempte de danger est la quarte (2). »

Et Celse qui fut, lui aussi, un très grand observateur, estimait que : « la fièvre quarte ne tue personne (3). »

Au xvii^e et au xviii^e siècle, des médecins comme Sydenham (4), Boërhavé (5) et leurs élèves, notent encore l'innocuité des fièvres intermittentes.

« Il est bon, écrit Sydenham, de remarquer ici que, de quelque âge ou de quelque tempérament que soit la personne atteinte de fièvre quarte, si elle vient à en être reprise dans quelque autre temps de la vie que ce soit, même dans un temps fort éloigné de celui auquel elle en a été atteinte la première fois, la maladie ne sera pas fort longue cette seconde fois et se terminera d'elle-même après un assez petit nombre d'accès. »

Et Van Swieten, envisageant à son tour les fièvres intermittentes, disait : « On les supporte facilement pour l'ordinaire à l'aide d'un bon régime et elles font plus de bien que de mal pourvu qu'on ne les combatte pas par un traitement peu méthodique. L'illustre Boë-

1. Trnka, *loco citato*, p. 229.

2. Galien. De la méthode thérapeutique à Glaucon. *Traduction Daremberg*, livre I, chap. IX, p. 720.

3. Celse. *Traduction Védrenes*, livre III, chap. XV, p. 172.

4. Sydenham. *Traduction Baumes*, t. I, p. 71.

5. Boërhavé. *Traité des fièvres intermittentes*. Aphorismes commentés par Van Swieten, p. 82.

rhava assurait que plusieurs personnes très avancées en âge, qu'il avait interrogées pour savoir si elles n'avaient jamais eu de fièvres intermittentes, lui avaient répondu qu'elles avaient été effectivement attaquées dans la fleur de l'âge de la fièvre quarte qui est la plus longue de toutes ; et je pense que les médecins attentifs à observer les effets de ces fièvres avoueront que les fièvres quartes, qu'on ne trouble par aucun remède violent et qui se dissipent insensiblement à l'aide d'un bon régime au retour du printemps, laissent les malades plus vigoureux et moins sujets aux maladies qu'auparavant. »

Même au début du XIX^e siècle, Bénard (1), dans sa thèse, montra sa connaissance des principes anciens : « Il peut souvent arriver que la fièvre quarte, à laquelle comme à toutes les fièvres on attache l'idée du mal, soit, au contraire, un bienfait de la nature, car il est possible qu'elle arrête ou prévienne le cours de différentes maladies... Cette fièvre, quoique la plus tenace et la plus rebelle des fièvres intermittentes, n'est cependant point par elle-même une maladie dangereuse... Il y a des femmes grosses, et Hoffmann en a vu, qui les conservent pendant toute leur grossesse sans qu'il en résulte aucun accident. Cette fièvre étant toujours une maladie longue, elle exige dans le malade une grande patience et dans le médecin beaucoup de jugement et de circonspection. »

Si nous avons un peu insisté sur la quarte (2) c'est

1. Bénard. Dissertation théorique et pratique sur la fièvre quarte. *Thèse de Paris*, 1804.

2. « Avec la quarte, dit A Treille, on posséderait une sorte de

que les anciens avaient bien étudié son type, lequel, comme nous le montrerons bientôt, doit être choisi pour aborder l'étude des fièvres intermittentes.

Malheureusement, les notions dont nous avons parlé précédemment devaient se perdre. Des théories et des idées nouvelles allaient surgir et éclipser complètement les œuvres du passé.

Avec les guerres d'Afrique, différentes publications médicales se font jour. La majorité des médecins militaires voit dans toutes les fièvres intermittentes un danger constant, immédiat ou éloigné. La cachexie paludéenne prend corps. Les travaux qui paraissent dans la seconde moitié du XIX^e siècle ne font que renforcer cette conception nouvelle.

Ici l'on peut se demander pourquoi les principes si nettement posés par les anciens étaient tombés en désuétude. La raison est bien simple : c'est que les observateurs n'avaient pas eu soin de se replacer dans

préservatif puissant, de talisman, contre les infections les plus redoutables. — En raison donc de cette innocuité et de ces qualités merveilleuses, c'est elle qu'il faut choisir de préférence pour faire l'épreuve des médicaments proposés pour remplacer le sulfate de quinine. La tierce et la quotidienne sont loin de convenir aussi bien, car elles se jugulent fréquemment d'elles-mêmes; « elles vous claquent souvent dans la main », pour employer une expression un peu triviale sans doute, mais passée dans le langage courant: le germe pyrétogène étant incapable de répéter longtemps ses efforts s'il opère tous les jours ou tous les deux jours, tandis que l'évolution seulement tridienne semble admirablement convenir à sa longévité. » Du chlorhydro-sulfate de quinine dans la fièvre intermittente. *Communication au Congrès de Médecine de Bordeaux, 1895.*

des conditions identiques à celles de leurs devanciers et que l'on avait perdu complètement de vue la littérature médicale antérieure au xvii^e siècle. Il n'en était plus question dans les traités classiques. La découverte de la quinine et son application thérapeutique avaient, en même temps que la crainte de l'intermittence, si bien hypnotisé les praticiens, qu'on s'empressait de couper toute fièvre que l'on pouvait ou d'essayer de la couper par le remède spécifique. La thermométrie, qui ne fut appliquée que tardivement, n'était pas non plus d'une rigueur assez grande.

Les prises de température, faites d'une manière insuffisante, n'apportaient pas, dans l'étude des fièvres, toute la précision indispensable.

Dès lors, on était incapable de distinguer les véritables qualités des fièvres intermittentes parfaites et de les séparer de celles qui n'étaient pas justiciables de la médication.

Que fallait-il donc pour réaliser à nouveau le tableau clinique tracé par les anciens? Se remettre dans des conditions absolument identiques. Et, puisque, depuis eux, on comptait cette précieuse conquête, le thermomètre, il fallait en user largement et méthodiquement. En outre, il était nécessaire, pour l'étude nouvelle, de joindre à un esprit scientifique les principes de l'observation la plus rigoureuse.

C'est en 1893 seulement, que certaines de ces notions de littérature médicale ancienne ont été retrouvées par A. Treille.

Mais déjà, en 1891, dans un mémoire à l'académie de

médecine; en 1892, dans un autre mémoire à la société médicale des hôpitaux, il avait signalé la parfaite innocuité des fièvres intermittentes en général, et celle de la quarte en particulier.

Répétant ce qu'il avait antérieurement indiqué dans divers travaux, il disait : « Livrées à elles-mêmes et exemptes de complications elles (ces fièvres) ne produisent pas l'état appelé cachexie palustre (1). »

Les observations suivantes viennent à l'appui de ce précepte de l'antiquité que *les fièvres intermittentes parfaites sont exemptes de danger*.

1. A. Treille. Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, 17 juin 1892, in *La fièvre quarte devant la société médicale des hôpitaux*. Paris, 1907.

Dans le même mémoire, A. Treille rapportait la déclaration qui lui avait été faite en Kabylie par des indigènes: « La thaoula thamtalith — c'est ainsi qu'ils appellent la fièvre quarte, — est une maladie dans laquelle la fièvre revient tous les trois jours. Elle peut durer deux ou trois ans, mais le ventre n'enfle pas. » *Loc. cit.*, p. 15.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Fièvre intermittente parfaite, a rechutes, ayant duré une année.

Guérison. Continuation du séjour en Algérie pendant des périodes très prolongées. Aucune récurrence depuis trente-cinq ans. Rate normale.

Observation du Dr A. Treille, exposée par lui-même. Inédite).

Antécédents personnels. — Tempérament nerveux; bonne constitution, mais de souche arthritique et sujet à des troubles dyspeptiques comme mes collatéraux.

Maladies de l'enfance : coqueluche, rougeole. Fièvre typhoïde bénigne.

Arrivé en Algérie en 1869, je n'eus, pendant les six mois de l'expédition de Kabylie orientale et du Hodna (1871), à laquelle je pris part, en qualité de médecin attaché à l'ambulance, que des embarras gastriques sans conséquences.

Au mois d'août 1873, alors que j'étais médecin aide-major au 3^e saphis, détaché au 4^e escadron à la smala d'El Meridj, sur la frontière Sud-Est du département de Constantine, je pris une fièvre parfaite.

J'étais alors en très-mauvaise condition physique. J'avais renoncé complètement à l'hygiène qui m'avait si bien réussi jusqu'alors pour entretenir ma santé : équitation, chasse.

Pour terminer mon livre de l'*Expédition de Kabylie orientale et du Hodna*, auquel je travaillais depuis le commencement de l'année, j'avais pris la résolution de ne plus prendre aucune distraction. Je me couchais à 1 heure du matin ; je me levais à 4 heures. C'était affaiblir mon terrain de la manière la plus déraisonnable et ouvrir la porte à toutes les causes nocives. Les seules intermissions étaient le temps consacré à la visite des spahis malades ou de leurs familles, les repas, et le soir une petite promenade avec les deux autres officiers de la smala, le long de la séguia ou canal d'irrigation, amenant avec l'eau des alluvions qui se déposaient sur ses bords, surtout après les pluies d'orages. C'est quelques jours après un orage que je fus atteint de fièvre parfaite, seul du cadre des officiers, ayant, pour les raisons indiquées, donné une prise facile aux germes nés de l'alluvion.

Mon premier accès de fièvre se produisit le 20 août 1873 aux environs du déjeuner. J'étais alors très-affaibli par le surmenage. Je dus interrompre d'abord mon service, puis, pour diverses autres raisons, je me déterminai à donner ma démission, et à aller me fixer à Constantine, où je continuai à avoir de temps à autre des accès.

Le dernier survint le 24 août 1874. Je n'en ai jamais eu d'autres depuis et n'en aurai pas, la fièvre parfaite, suivant la juste observation d'Hippocrate et de Galien, n'ayant qu'une durée normale d'une année.

Naturellement, je ne connaissais pas la fièvre intermittente parfaite comme je la connais aujourd'hui. Je n'attachais pas à

son observation la même importance que maintenant. Tout ce que j'en savais alors c'est que, par une dose convenable, on coupait les accès pour un certain temps au moins. J'ai le regret de ne pas avoir pris exactement mon observation, de ne pas avoir cultivé ma fièvre comme je le ferais aujourd'hui pour donner, par mon exemple, la notion précise de son entière innocuité, même de l'hyperthermie considérée bien à tort comme redoutable.

Tout ce que je puis dire c'est que je faisais d'instinct le traitement occasionnel auquel je me suis arrêté définitivement en 1891. Je prenais généralement aux rechutes une dose de 1 gramme un peu après le début des accès et j'en étais débarrassé pour quelque temps. Je ne fis aucun traitement préventif, ni par la quinine ni par le quinquina.

Jamais ma rate ne fut douloureuse, jamais elle ne présenta de tuméfaction. Au cours de l'hiver 1873-1874 elle fut percutée par M. le Médecin Principal Vital, qui avait été mon chef à l'hôpital militaire de Constantine. Il la trouva absolument normale.

Depuis cette fièvre parfaite, quoique j'aie eu de la dyspepsie intestinale surtout, d'origine arthritique, des gripes de cause abdominale, un typhus exanthématique en 1890, je n'ai jamais rien ressenti du côté de la rate.

OBSERVATION II

(Recueillie par M. le Dr Maurice Bourlier, alors interne du service et due à son obligeance.) (*Inédite.*)

Fièvre quarte datant de plusieurs mois. Six accès enregistrés : deux traités par la méthode de A. Treille. Rate normale.

S. B..., âgée de 53 ans, entre le 22 février 1895 à l'hôpital de Mustapha (Alger), salle Harvey. Il est atteint d'une fièvre

quarte sur les débuts de laquelle on n'a pas de renseignements précis, mais qui remonte au moins à l'automne.

Son poids est de 65 kilos.

Son foie, sur la ligne verticale, mesure 8 centimètres, et la rate 7 centimètres ; elle est donc absolument normale.

22 février : Accès quarte avec maximum de 40°4 à 4 heures du soir. Expectation.

25 février : Nouvel accès quarte avec maximum de 40°6 à 4 heures du soir. Expectation.

28 février : Accès quarte avec maximum de 40°8 à 3 heures du soir. Expectation.

3 mars : Accès quarte débutant vers midi. A ce moment le thermomètre marquant 38°, administration de la dose faible de 0 gr. 25 de chlorhydrate de quinine.

L'accès, conformément au principe posé par A. Treille, suit son cours comme si de rien n'était.

Maximum de température à 2 heures : 40°8. Apyrexie consécutive à type impair de quarante et un jours.

14 avril : Rechute vers 5 h. 1/2 du soir. Maximum 40°4 à 7 heures.

17 avril : Nouvel accès quarte au début duquel à 4 heures du soir on donne une dose de 0 gr. 25 de chlorhydrate de quinine.

Continuation de l'accès. Maximum 40°4 à 5 heures du soir.

Le malade sort de l'hôpital le 30 mai, c'est-à-dire quarante-trois jours après, sans avoir plus présenté un seul accès, sans que l'on ait, bien entendu, noté un changement dans la rate, qui n'avait cessé d'être normale, et sans aucun signe de cachexie.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le Dr A. Treille.) (Inédite.)

Fièvre quotidienne parfaite. Expectation. Vingt-cinq accès consécutifs enregistrés. Administration de (0 gr. 25) chlorhydrosulfate de quinine au début du vingt-cinquième. Atténuation de la fièvre. Rechute en tierce. Diverses nouvelles périodes d'expectation et traitement occasionnel. Durée totale de l'observation : cinq mois et demi. Aucune augmentation du volume de la rate qui reste normale.

N... Charles.

Vingt-huit ans, né au cap Matifou près Alger. Entre à la prison de la Casbah le 18 juin 1895.

Tempérament nerveux, très émotif, d'une constitution faible. Amaigri et pâle.

23 juin : Malaises divers auxquels le malade n'attache pas d'importance. Il ne réclame pas de soins.

30 juin : Ce détenu présentant toujours, au dire du personnel de surveillance, des indispositions variées, des accès de fièvre, on le met en observation suivie.

On constate à 1 heure soir 38°5.

3 heures — 39°9.

7 heures — 38°5.

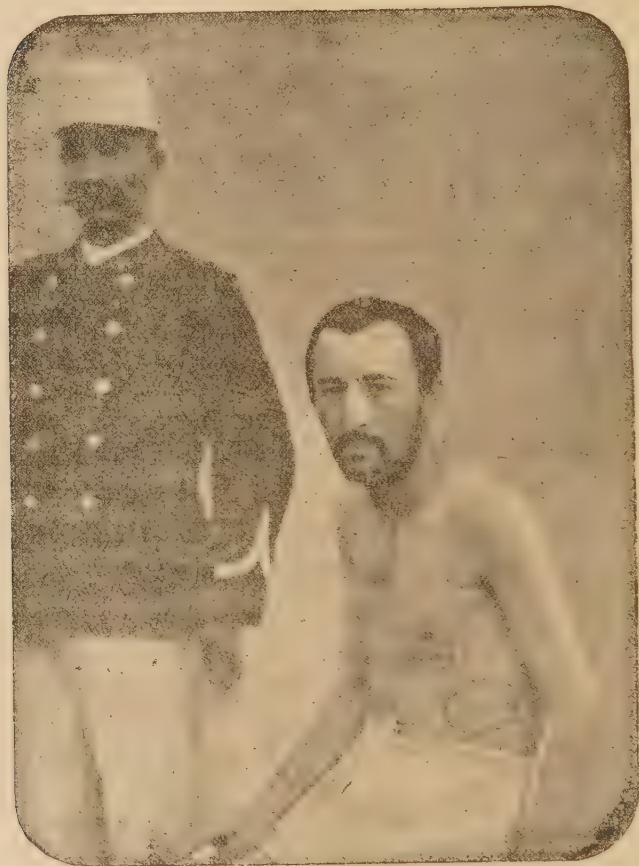
1^{er} juillet : Il entre à l'infirmerie de la prison.

A partir de ce jour, la température est prise méthodiquement d'une manière répétée.

Les dimensions de la rate sont : Longueur : 9 cm. ; largeur : 7 centimètres.

On constate une fièvre parfaite quotidienne.

On aïsse venir vingt-cinq accès sans désemparer, avant d'agir thérapeutiquement, espérant toujours qu'il se produirait une apyrexie spontanée.



Les maxima ont toujours atteint entre 40° et 41° sauf le 30 juin $39^{\circ}9$; le 13 juillet $39^{\circ}8$.

Le 24 juillet, jour où l'on a administré 0 gr. 25 de chlorhydro sulfate de quinine au début de l'accès ($38^{\circ}1$ à 8 h. 19 matin), l'acmé s'est produite une première fois à 10 h. 30, se maintenant

à 40°8 jusqu'à 10 h. 40 puis après un fléchissement à 40°6 de 10 h. 50 à 11 heures une seconde acmé a été enregistrée: 41°3 à 11 h. 25. Ébauche par conséquent de double quotidienne.

Les températures avaient été prises ce jour-là, on peut dire, de minute en minute, le thermomètre n'ayant pas cessé de rester appliqué de 8 h. 7 à 11 h. 35 du matin, et, à partir de cette heure-là, ayant été mis toutes les heures.

A la suite de l'administration de cette seule dose de 0 gr. 25 de chlorhydrosulfate de quinine (sel de Grimaux), apyrexie consécutive de cinq jours.

On constate dans l'intervalle, comme on n'avait cessé de le faire au cours des accès, que la rate n'a pas varié. Elle est toujours normale. Pour en faire la constatation, la délimitation en est faite et la photographie prise le 26 juillet.

Rechute le 30 suivant la loi des rechutes minima $1 + 5 + 1'$ (24 juillet + 5 + 1 = 30).

30 juillet : Accès. T. max. : 40°2 à midi.

31 juillet : Poussée très légère. T. max. : 38°2 à 8 heures du soir,

1^{er} août : Accès. T. max. : 41° de 9 heures à 10 heures du matin.

3 août : Accès. T. max. : 40°7.

5 août : Accès. T. max. : 40°2.

La fièvre est donc devenue tierce, atténuée à la fois par les nombreux accès subis et la première dose de chlorhydrosulfate de quinine.

Au début de ce cinquième accès — le troisième à type tierce — administration de 0 gr. 25 de chlorhydrosulfate de quinine.

Apyrexie consécutive de six jours en apparence, mais en réalité elle n'a dû être que de cinq jours, (Rechute suivant la loi $1 + 5 + 1'$) car le 11 juillet il a dû y avoir une poussée matinale, comme le prouvent les températures, exceptionnelles pour

des jours apyrétiques, de 37°4 à 7 heures matin et de 37°5 à 11 heures. Une température plus élevée et fébrile aurait été certainement constatée entre 7 heures et 11 heures et 11 heures et 3 heures, si le thermomètre avait été appliqué en dehors des prises régulières de température dans le service.

Mais comme la fièvre ne consista sans doute ces jours-là qu'en une simple poussée fébrile sans frissons, elle échappa aussi bien à l'infirmier-major qu'à l'infirmier, et au malade lui-même, ce qui s'observe fréquemment.

J'ai décidé, à partir du 5 août, de pratiquer le traitement occasionnel, c'est-à-dire d'attaquer la fièvre à chaque accès de rechute.

12 août : Accès à apparence très approximativement hémitritée, allant de 7 heures soir, au 13 août, 10 heures matin.

Au début le 12, à 7 h. 25 soir 0 gr. 25 de chlorhydrosulfate de quinine. Apyrexie consécutive de 5 jours.

19 août : Rechute suivant la loi $1 + 5 + 1'$. (13 août + 5 + 1 = 19 août). T. max. : 38°3 à 9 heures matin.

21 août : Accès. T. max. 38°6. Expectation.

23 août : Accès, 0 gr. 30 de chlorhydrosulfate de quinine au début à 6 h. 1/2 matin. T. max. 40°1 à 9 h. matin.

Apyrexie à type impair de neuf jours.

2 septembre : Accès. T. max. : 40°1, à 1 heure soir.

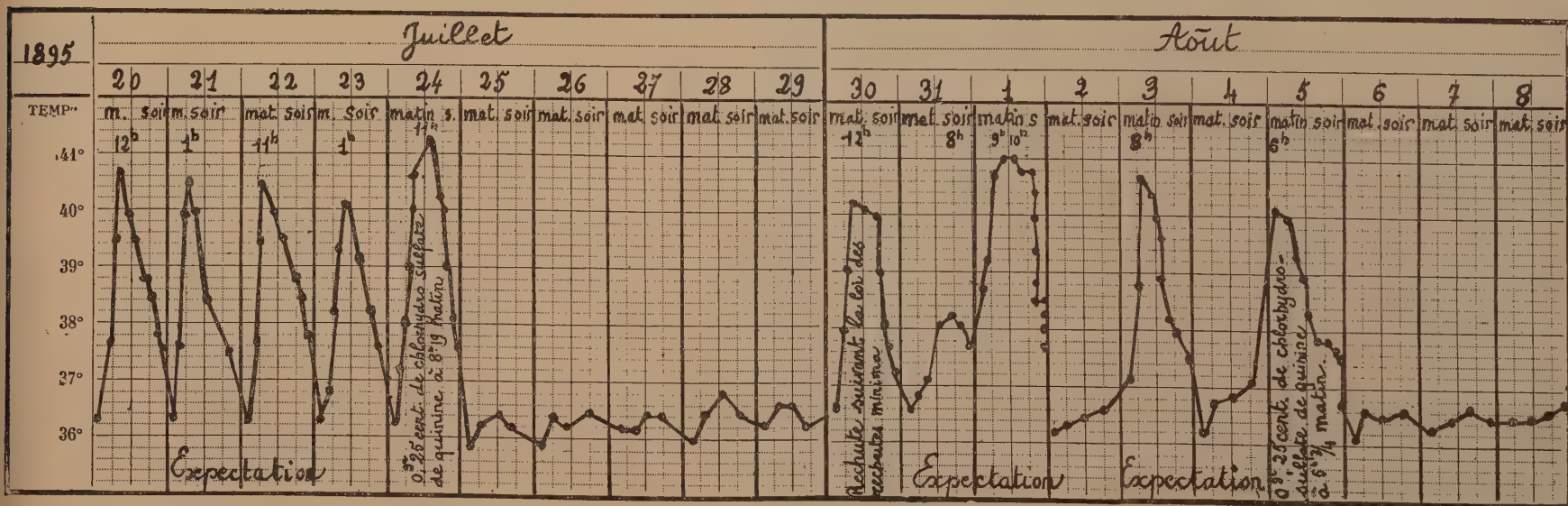
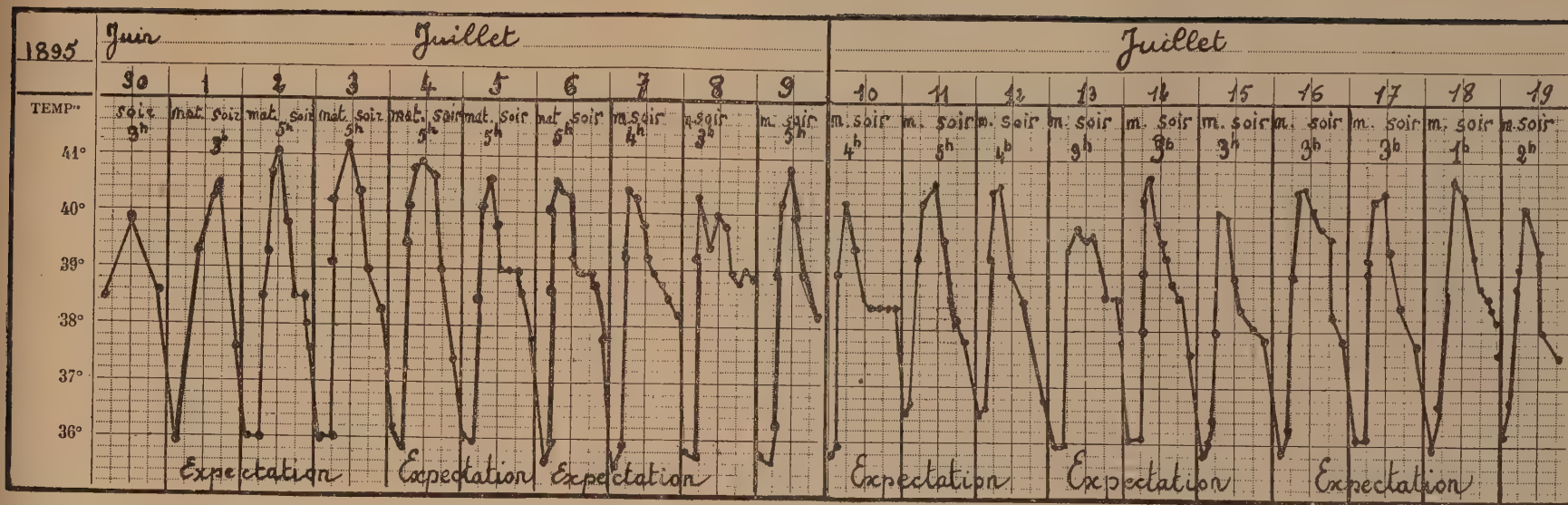
Administration d'une dose de 0 gr. 30 de chlorhydrosulfate de quinine, au début, à 9 h. 45 matin.

Apyrexie consécutive de cinq jours.

8 septembre. — Rechute suivant la loi $1 + 5 + 1'$ (2 sept. + 5 + 1 = 8 sept.).

0 gr. 30 de chlorhydrosulfate de quinine au début à midi.

Apyrexie à type impair de neuf jours.



N.... Fièvre intermittente parfaite à type quotidien. Expectation jusqu'au vingt-cinquième accès enregistré. Au début du vingt-cinquième, 0 gr. 25 de chlorhydro-sulfate de quinine. Apyrexie consécutive de cinq jours. Rechute suivant la loi des rechutes minima : 1 + 5 + 1'. Atténuation en tierce après ébauche de double tierce le 31 juillet. Rate constamment normale malgré les accès ultérieurement enregistrés. Aucun signe de cachexie. (Service du Dr Alcide Treille ; prison de la Casbah d'Alger.)

Rechute suivant la forme undécimale.

16 septembre : Accès et rechute suivant la forme nonane.

T. max. : $38^{\circ}2$ à 4 h. soir.

0 gr. 30 de chlorhydrosulfate de quinine, au début, à 3 h. 1/2.

Inefficacité de la dose, mais l'accès tierce suivant manque constituant une apyrexie lacunaire.

20 septembre : Accès faible, T. max. : $38^{\circ}1$.

22 septembre : T. max. : $39^{\circ}5$ à 3 h. soir.

0 gr. 35 de chlorhydrosulfate de quinine, au début, à midi.

Apyrexie à type impair de sept jours.

30 septembre : Accès. T. max. : $30^{\circ}9$. Rechute suivant la forme nonane après relèvement léger de la température le 28.

Au début, à 1 heure soir, 0 gr. 35 de chlorhydrosulfate de quinine.

Apyrexie consécutive de cinq jours.

6 octobre : Rechute suivant la loi $1 + 5 + 1'$ (30 sept. + 5 + 1 = 6 oct.). T. max. : $40^{\circ}6$.

0 gr. 35 de chlorhydrosulfate de quinine au début à 2 heures soir.

Apyrexie consécutive de cinq jours.

12 octobre : Rechute suivant la loi $1 + 5 + 1'$. T. max. $38^{\circ}8$ à 5 h. soir, 0 gr. 50 de chloro-sulfate de quinine au début de l'accès à 3 h. soir. Apyrexie de 7 jours.

20 octobre : Accès. T. max. : $40^{\circ}5$.

Rechute à forme nonane.

0 gr. 50 de chlorhydrosulfate de quinine au début à 3 heures soir. Apyrexie de 7 jours.

28 octobre : Accès. T. max. : $38^{\circ}5$.

Rechute à forme nonane. Expectation.

30 octobre : Accès. T. max. : $38^{\circ}6$.

0 gr. 50 de chlorhydrosulfate de quinine au début à 3 heures soir. Apyrexie de 7 jours.

7 novembre : Accès. T. max. : 40°8.

Rechute à forme nonane. Expectation.

9 novembre : Accès. T. max. : 39°.

0 gr. 75 de chlorhydrosulfate de quinine au début à 1 heure soir.

Apyrexie consécutive à type impair de onze jours.

21 novembre : Accès. T. max. : 38°3.

Rechute à forme trédécimale. Expectation.

23 novembre : Accès. T. max. : 39°1. Expectation.

25 novembre : Accès tiercé d'une série ascendante. T. max. : 40°.

1 gramme de chlorhydrosulfate de quinine au début à 3 heures soir.

Apyrexie consécutive à type impair de dix-neuf jours.

15 décembre : Accès. T. max. : 38°9.

1 gramme de chlorhydrosulfate de quinine au début à 3 heures soir.

18 décembre : sort de l'infirmierie libéré.

Rate aussi normale qu'au début.

Voici quelles ont été les différentes pesées du malade :

3 août : 52 kilos.

3 septembre : 55 kg. 800.

6 octobre : 61 kg. 300.

6 novembre : 61 kg. 600.

4 décembre : 61 kg. 900.

A sa sortie le malade avait donc gagné près de 10 kilos (1).

1. Nous n'avons pu, à cause de la longueur de la courbe, reproduire ici que la partie concernant les vingt-cinq accès

Il était, malgré les 51 accès qu'il avait supportés, en excellente santé bien meilleure qu'au moment de son entrée à la prison de la Casbah.

OBSERVATION IV

(Recueillie par M. le Dr Maurice Bourlier, alors interne du service et due à son obligeance. (*Inédite*))

Fièvre quarte. Huit mois de séjour à l'hôpital. Traitement occasionnel avec diverses périodes d'expectation. Aucune variation dans le volume de la rate qui reste normale.

X... entre à l'hôpital de Mustapha (Alger), salle Harvey, le 6 octobre 1895. Atteint de fièvre intermittente sans autre enseignement.

Le poids est de 66 kilos.

Foie : 8 centimètres haut.

Rate : 7 centimètres sur la ligne verticale.

6 octobre : le jour même de l'entrée on observe un accès de fièvre et sans attendre, pratiquant par cela même le traitement occasionnel, on donne 0 gr. 50 de chlorhydrate de quinine au début de l'accès.

Maximum : 39°.

Apyrexie à type impair de vingt-trois jours.

30 octobre : Rechute. L'accès débute à 10 heures du matin, et, d'après l'heure seule, on peut affirmer que la fièvre était ou quotidienne ou tierce, mais plutôt tierce, par conséquent atténuée déjà, ce que l'on peut également se figurer d'après l'efficacité de la dose de 0 gr. 50 le 6 octobre.

quotidiens et la première rechute en tierce après administration du chlorhydrosulfate de quinine. 51 accès avaient été enregistrés.

Au début de l'accès 1 gramme de chlorhydrate de quinine. Maximum 41° à midi. Apyrexie à type impair de quarante-trois jours.

13 décembre : Rechute. Expectation. On constate que la fièvre est quarte.

16 décembre : accès quarte.

19 décembre : quarte doublée.

22 décembre : accès quarte. Au début de cet accès on donne 0 gr. 25 de chlorhydrate de quinine, dose inefficace.

25 décembre : au début de l'accès 0 gr. 50 de chlorhydrate de quinine. Accès ébauché par suite de la dose du 22, qui, sans suffire, avait pourtant atténué considérablement l'accès suivant.

Apyrexie consécutive à type impair de dix-sept jours.

18 janvier : au début de l'accès 0.50 cent. de chlorhydrate de quinine.

12, 15, 18 janvier : Rechute et accès quartes.

Apyrexie consécutive à type pair de quatorze jours.

2 et 5 février : Rechute et accès quartes. Au début de l'accès du 5, 0 gr. 25 de chlorhydrate de quinine, dose insuffisante, mais atténuation nouvelle de la fièvre marquée par des accès à type quintane le 9 et 13. Expectation.

13 : Accès quarte. Expectation.

16 : Accès quarte. Au début de cet accès on donne 0 gr. 75 de chlorhydrate de quinine.

Apyrexie consécutive à type pair de trente-huit jours.

27 mars : Rechute et accès quarte. Expectation.

30 : Second accès de rechute. Au début, 1 gramme de chlorhydrate de quinine.

Maximum 40° à 6 heures soir.

31 mai : Le malade sort de l'hôpital sans avoir présenté un seul accès depuis soixante jours.

Son poids est de 70 kilos.

Foie : 8 centimètres hauteur.

Rate : 7 centimètres.

Donc, pas de variation, quoique, pendant le séjour de huit mois à l'hôpital, le malade eût supporté 17 accès de fièvre et que celle-ci remontât sans doute au mois de juillet ou au mois d'août.

OBSERVATION V

(Recueillie par le Dr A. Treille). (*Inédite.*)

Fièvre intermittente parfaite à type quotidien au début. Rechutes en tierce pendant vingt et un mois. Guérison. Aucune récidence depuis neuf ans. Rate normale. Santé excellente.

M. T... (Marcel), 28 ans.

Antécédents personnels. — Tempérament nerveux. Bonne constitution.

Rougeole à l'âge de 14 mois. Fièvre typhoïde à 13 ans. Légère atteinte de choléra en 1893 (pendant l'épidémie de Nantes).

A eu la fièvre parfaite, fièvre des alluvions en 1899, 1900, 1901.

En tout, sept atteintes dans l'espace de ces trois années.

La fièvre, contractée à Cérez (département de Constantine, 850 m. altitude) où l'on procédait à un curage de Séguias ou canaux d'irrigation, à alluvions très riches, fit sa première poussée le 1^{er} octobre 1899.

Les 2 et 3 octobre : Accès ininterrompus à forme hémitritée, du moins avec une apyrexie de très courte durée dans la nuit du 2 au 3.

A noter une température de 41°6, le 3.

Nouvel accès à forme hémitritée du 4 au 5, avec températures maxima de 39°8 et 40°2.

Puis accès quotidiens les 6, 7, 8 et 9, se montrant dans la matinée vers l'heure du déjeuner (1).

7 octobre : Maximum et 41°.

Jusqu'au 7 inclus le Dr Bruch en mon absence n'avait donné que 2 à 3 doses d'antipyrine.

8 octobre : A midi, au début de l'accès j'administre une dose de 0 gr. 25 de valérianate de quinine, espérant que la fièvre était suffisamment atténuée pour que le médicament pût agir.

Insuffisance et inefficacité de la dose. T. max. 40°8 de 1 h. 1/2 à 2 h.

Administration d'une dose de 1 gramme de sulfate de quinine en 2 cachets, au début de l'accès du 9 octobre à 10 h. 1/2 du matin. T. max. 40°7 de 2 h. 3/4.

Efficacité de la dose. — Aucune tuméfaction de la rate n'a été notée.

Apyrexie de trois semaines à type impair.

9 octobre + 21 jours : 31 octobre.

Rechute à la rentrée en France et en cours de route le 31 octobre.

2 novembre : Nouvel accès.

4 novembre : Au début de cet accès, administration d'une dose de 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

Efficacité de la dose.

La fièvre se montra à quatre reprises à intervalles de plus en plus éloignés dans le cours de l'année 1900 et toujours les apyrexies furent à type impair.

L'une des rechutes eut lieu à Interlaken au mois d'août après

1. Les anciens avaient déjà noté le fait « *circa prandium* ».

une excursion à pied par un très beau temps. Ceci pour indiquer incidemment que la fièvre parfaite n'est influencée dans ses rechutes ni par le changement de climat comme le prouve une rechute à Mâcon (oct. 1899) ni par l'altitude comme le montre cette dernière rechute.

Après une apyrexie à type impair de 151 jours une dernière rechute se produisit le 29 mai 1901. Accès très léger.

Le 31 : Accès un peu plus fort.

2 juin : Troisième accès de cette sixième rechute depuis l'invasion et le dernier, car le malade n'en a plus jamais eu et n'en aura pas désormais suivant la règle, puisqu'il est immunisé.

La rate mesurée le 7 juillet 1908 a 9 centimètres sur 8 cm. 1/2.

Elle n'a pas cessé d'être normale.

Elle n'a jamais présenté de tuméfaction ni dans la période de début, ni au cours des rechutes, ni depuis.

Le malade avait été pendant 611 jours sous le coup de la fièvre parfaite, soit qu'elle se manifestât par des accès, soit qu'elle fût masquée par des apyrexies d'une durée plus ou moins longue.

Dans ce laps de temps il n'a été donné à proprement parler que sept doses de préparations de quinine. Elles étaient prises au début de l'accès que l'on attaquait, généralement le troisième de la rechute.

Deux ou trois fois une dose donnée au début d'un dernier accès étant rejetée, il a fallu recommencer à l'accès suivant. Ces doses ont été uniformément de 0 gr. 50 à partir de la première rechute. En somme le malade n'a pris pendant les 611 jours que 5 à 6 grammes de préparations de quinine. On ne peut leur attribuer le fait, pour la rate, de ne pas avoir présenté d'augmentation de volume. A 3 reprises différentes on avait enregistré des températures de 41°6.

OBSERVATION VI

(Communiquée par M. le D^r A. Treille). (*Inédite.*)

Fièvre intermittente parfaite, tierce d'emblée. Douze rechutes dans l'espace d'une année. Trois intercurrentes morbides à forme bilieuse dont une fièvre hémitritée grave. Guérison. Dimensions normales du foie et de la rate. Santé excellente depuis deux ans et demi. Continuation du séjour dans le pays où les maladies ont été contractées.

M. G... (Bernard), 34 ans. Régisseur d'exploitation agricole à Bel Imour (Cérez. Prov. de Constantine. Altitude : 850 m.)

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Originaire de l'Aveyron. Service militaire dans les cuirassiers à Lyon. Premier séjour en Algérie d'avril 1899 à mai 1901. Début du second séjour : avril 1902. Aucune maladie pendant toute cette période.

3 mai 1905 : Premier accès de fièvre, faible, vers 5 heures soir, à Cérez.

5 mai : Nouvel accès à 10 heures matin (aux Ouled-Hanech, Montagne des Maâdid).

7 mai : Accès à 8 heures du matin à Barika (Hodna).

9 mai : Accès à 6 heures du matin à Foughala (Sahara).

Prise de 1 gramme de sulfate de quinine au début de l'accès.

Apyrexie à type impair de onze jours.

21 mai : Accès faible dans la soirée à Cérez, ainsi que les suivants. Expectation.

23 : Accès vers 11 heures matin. Expectation.

25 : Accès à 8 heures matin. 1 gr. de sulfate de quinine au début de l'accès.

Apyrexie à type impair de quinze jours.

10 juin : Accès vers 3 heures soir. Expectation.

12 — — 10 h. 1/2. Expectation.

14 — Accès. Prise de 1 gr. 50 de sulfate de quinine en 2 doses : la première à 6 heures du matin ; la seconde à 2 heures après midi.

Apyrexie à type impair de vingt-trois jours.

8 juillet : Accès à 4 heures soir. Expectation.

10 — — 9 heures matin. Expectation.

12 — — 11 h. matin. Prise 0 gr. 50 de sulfate de quinine au début de l'accès.

Apyrexie à type impair de onze jours.

24 juillet : Accès faible, à 4 heures soir. Expectation.

25 — Accès. Pas de quinine.

Apyrexie spontanée jusqu'au 28 août.

28 août : Intercurrence morbide fébrile. Intervalle à type pair de soixante-huit jours entre les accès de fièvre parfaite.

3 octobre : Retour de la tierce. Accès à 3 h. 1/2 soir. Expectation.

5 — Accès à 10 heures matin. Expectation.

7 — Accès. Prise de 0 gr. 50 de sulfate de quinine à 10 h. matin au début de l'accès.

Intervalle à type impair de sept jours entre les accès de fièvre parfaite.

13 octobre : Intercurrence morbide fébrile.

15 octobre : Retour de la tierce. Accès à 1 heure soir (40°4).

Prise de 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

Apyrexie à type impair de cinq jours.

21 octobre : Accès faible pendant une traversée d'Alger à Marseille. Pas de quinine.

23 octobre : Accès faible en cours de route. Pas de quinine.

25 octobre : Accès faible. Pas de quinine. Apyrexie spontanée.
Apyrexie à type pair de cent jours entre les accès de fièvre parfaite.

15 novembre : Intercurrence morbide fébrile à Cérez.

16 — — — —

17 — — — —

3 février 1906 : Retour de la tierce. Accès dans l'après-midi.

5 — — — — dans la journée.

7 — — — — à 11 heures matin

0 gr. 25 de sulfate de quinine au début de l'accès.

Apyrexie à type impair de treize jours.

21 février : Accès à 5 heures soir (38°5), 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

Apyrexie à type impair de onze jours.

5 mars : Accès à 2 heures, 0 gr. 50 de sulfate de quinine au début de l'accès.

Apyrexie à type impair de trente-sept jours.

12 avril : Accès à 1 heure soir ; 0 gr. 50 de sulfate de quinine au début de l'accès.

Apyrexie à type pair de trente jours.

3 mai : Accès, à 11 h. 1/2 du matin, 38°4 ; 1 gramme de sulfate de quinine au début de l'accès.

Je considère que le 3 mai 1906, un an jour pour jour après le début, eut lieu le *dernier* accès de la fièvre parfaite.

Cette observation, encore inédite, n'a pu être que résumée très succinctement ici. La fièvre, constituant la première intercurrence morbide, entièrement différente de la tierce, dura du 28 août au 28 septembre.

Il y eut deux apyrexies : la première le 9 septembre, elle

dura un jour seulement. La seconde fut de six jours, du 18 au 24 septembre.

La fièvre (hémित्रितée) d'abord à cheval sur deux jours, avec des accès de trente-six heures, monta le troisième jour à 41°. A neuf autres jours elle fut à 40°, ou à près de 40°.

Je lui administrai le 15 septembre, au début de la poussée, une dose de 0 gr. 50 de sulfate de quinine, par voie buccale.

Elle fut sans influence, non seulement sur la première partie de la poussée hémित्रितée mais encore sur la seconde, séparée d'une manière marquée, dès le 5 septembre, par un fléchissement de la courbe après minuit.

Une seconde dose, de 1 gramme cette fois, fut donnée le 17 septembre au début de la poussée, qui ne dura qu'une douzaine d'heures.

Ces doses de quinine ne me paraissent pas avoir eu la moindre influence sur la fièvre. Déjà, aux 9 et 10 septembre, il y avait eu, par atténuation spontanée avant une reprise très marquée de la maladie, une poussée de quatorze à quinze heures seulement, sans que l'on pût invoquer une action thérapeutique.

On lit sur la courbe que je possède, toutes les températures ayant été prises par moi-même, que le 14 cette reprise fébrile avait manifestement atteint son maximum. Les doses de quinine ont coïncidé avec des poussées en série descendante.

Le 14 septembre 1906 petite fièvre à caractère bilieux. Rechute légère le 1^{er} novembre 1906.

A ces deux reprises pas d'antithermiques. Pas d'hypertrophie de la rate. Depuis cette époque, la rate est restée normale et à aucun moment on n'a noté d'accès de fièvre intermittente.

REMARQUE : Cette observation est d'abord un remarquable exemple du peu de retentissement de la fièvre intermittente

parfaite sur l'organisme, au lendemain même des accès, à la condition qu'il n'y ait aucune fausse manœuvre thérapeutique, aucune médication perturbatrice telle que vomitifs ou purgatifs.

Le deuxième accès de fièvre, constaté au cours de cette observation, s'est produit le 5 mai, vers 10 heures du matin pendant que nous nous rendions ensemble, à cheval, des Hauts-Plateaux de la province de Constantine au Sahara.

Le 5 mai, au repas de midi, M. G... se sent légèrement fatigué. L'appétit est médiocre.

Ce second accès n'a été qu'une poussée fébrile considérée plutôt par le fébricitant comme une courbature. Ce jour même, étape à cheval de 40 kilomètres.

6 mai : Jour apyrétique. Nouvelle étape de 45 kilomètres.

7 mai : La fièvre anticipe. Elle vient vers 8 heures, quelques frissons, sensation de froid pendant une demi-heure. Nausées.

M. G... me fait observer que ce pourrait bien être de la fièvre intermittente. En raison de l'époque de l'année, l'hypothèse me paraît peu admissible. Par la suite je pus me convaincre que la saison avait été exceptionnellement favorable à la culture et au développement du germe.

J'appris en effet de M. G... qu'il avait surveillé quelques jours auparavant le défrichement d'un terrain vierge (fièvre des alluvions).

Vers 11 h. 1/2 la fièvre s'est dissipée. M. G... peut déjeuner.

8 mai : Étape très pénible à cheval de 80 kilomètres. Arrivée à Foughala (Sahara algérien).

Malgré cette rude chevauchée, M. G... n'éprouve aucune fatigue. Il dîne de très bon appétit.

9 mai : A 6 heures du matin, un peu après le lever, frissons très violents. Le doute n'est plus permis.

Administration de 1 gramme de sulfate de quinine.

Accès fort et très prolongé. M. G... ne peut se lever qu'à 5 heures du soir. Jusque-là il n'avait bu que de la citronnade. Il dine suffisamment.

10 mai : M. G... est bien. Appétit excellent.

Suivant ma pratique ordinaire aucune espèce de médication.

Au retour sur les Hauts-Plateaux, étapes nouvelles à cheval (une de 80 à 90 km.). M. G... n'en éprouva aucune fatigue. Reentrée à Cérez avant la première rechute, qui eut lieu le 21.

Quant à la première intercurrence morbide qui frappe M. G... ce fut une fièvre grave, certainement la fièvre hémitritée relatée par Celse.

Une rechute fébrile eut lieu, puis une apyrexie de sept jours du 18 au 24 septembre. Rechute le 25.

Les poussées, au nombre de trois, furent à type quotidien et de huit à dix heures au plus. La plus forte eut lieu le 26. Le germe pyrétogène s'est éteint aussitôt, après avoir produit cette dernière bouffée de chaleur.

Le 27, le malade reçut un lavement avec 1 gramme de sulfate de quinine, qui, comme les précédentes doses, n'eut à mon sens aucune action sur la défervescence.

Cette maladie infectieuse, absolument distincte de la fièvre parfaite tierce, fut marquée par une suractivité extraordinaire de la fonction biliaire du foie. A chaque défervescence, il y avait une véritable décharge de la vésicule biliaire dans l'intestin avec selles polycholiques infectes.

Le 9 septembre le thermomètre était descendu à 35° (vérifié). Des sueurs profuses se produisirent alors au commencement de l'apyrexie. Il n'y eut jamais de coloration jaune des téguments, non plus que de gonflement du foie et de la rate.

A plusieurs reprises les urines furent si teintées qu'on aurait dit de la bile jaune, mais je n'avais ni le temps, ni les moyens de procéder à leur analyse. Toutefois je m'assurai qu'elles ne contenaient pas d'albumine.

Je soignai le malade d'après la méthode que j'avais indiquée dans ma communication au Congrès de Bordeaux pour les affections fébriles en général. Je fis surtout boire le malade à profusion, en variant le plus possible ses tisanes et ses boissons.

La fièvre parfaite tierce a reparu le 3 octobre, après une apyrexie de soixante-huit jours à type pair. La règle, dans les fièvres parfaites à type quotidien et tierce étant, comme je l'ai indiqué (1), l'apyrexie à type impair, on doit attribuer celle-ci à type pair, de même que celle du 15 octobre, à une modification du milieu qui a dérangé la périodicité latente.

Il est à remarquer que les trois doses de sulfate de quinine données au cours de la fièvre hémittérée ne sont pas tombées sur des jours où la fièvre parfaite aurait pu revenir.

En octobre 1905, M. G... fit un séjour de trois semaines en France, ce qui ne l'empêcha pas, comme l'indique l'observation, d'avoir une rechute de fièvre tierce avec trois accès qu'il ne traita pas et qui s'évanouirent spontanément, comme s'étaient déjà évanouis ceux de la rechute du 24 juillet.

Il eut deux autres intercurrentes morbides, à type bilieux, l'une le 13 octobre, l'autre le 15 novembre, avec poussées fébriles quotidiennes.

1. Des rechutes dans la fièvre intermittente parfaite à sulfate de quinine, à transformation et à dégradation successive des types.

Cf. *Communication au Congrès pour l'avancement des sciences*. Carthage (1896.)

Une dose de quinine donnée le 14 fut sans action sur la fièvre, tandis que 0 gr. 50 tombant le 15, au début d'un véritable accès de fièvre parfaite tierce, amenèrent une apyrexie de cinq jours, suivant la loi des rechutes ($1 + 5 + 1$).

Une troisième intercurrente morbide à forme bilieuse (15, 16, 17 nov.) fut traitée par un purgatif léger et benzonaphtol ; pas de quinine (médecin traitant : Dr Collet de Bordj-bou-Arréridj).

M. G... a continué à habiter Bel-Imour (Cérez) où il avait contracté ces deux maladies ; sa santé est excellente. De tout temps il a été d'une extrême sobriété. Depuis plus de deux ans il n'a absolument rien éprouvé.

OBSERVATION VII (*Personnelle*)

Fièvre tierce d'emblée. Huit accès en quatre séries ; le deuxième accès de chaque série est seul traité. Rate normale. Aucun accès depuis quatre mois. Persistance du séjour à l'endroit où la fièvre a été contractée.

M. G... (Camille), 26 ans, originaire de l'Aveyron, chef de culture à Bel-Imour (Cérez) (Constantine).

Antécédents personnels. — Fièvre muqueuse et rougeole entre 7 et 10 ans. Sobriété absolue.

A fait son service militaire en Tunisie.

Le 10 octobre 1907, M. G... est pris d'un accès de fièvre intermittente à 3 heures du soir. Expectation.

12 octobre : A 11 1/2 matin nouvel accès à type tierce. M. G..., mis au courant par son frère du traitement occasionnel de la fièvre parfaite, s'empresse de prendre au début de ce second accès 0 gr. 50 de sulfate de quinine en cachet.

Apyrexie à type impair de quinze jours.

28 octobre : Rechute à 5 1/2 soir. Expectation. (12 + 5 + 1 = 28 oct.).

30 octobre : A 3 heures soir, nouvel accès. Au début 0 gr. 50 de sulfate de quinine en cachet.

Apyrexie à type impair de neuf jours.

9 novembre : Rechute à forme undécimane à 9 heures matin. Expectation.

11 novembre : Nouvel accès tierce à midi. Se trouvant en route, M. G... ne peut prendre qu'à 3 heures, rentrant à la ferme, un cachet de 0 gr. 50 de sulfate de quinine. Il en avale une deuxième dose de 0 gr. 50 à 6 heures soir, au moment où ayant pris sa température il constate que le thermomètre marque 40°2 ; dans la nuit du 11 au 12 forte transpiration.

Apyrexie à type pair de 184 jours.

14 mai : Rechute ; à 2 heures soir, T. 39°, P. 100.

Je me trouvais à Bel-Imour ce jour-là. Le malade qui avait dû se coucher dans l'après-midi ne me fait part de son accès que le soir, une fois l'accès passé. D'ailleurs, il a observé l'expectation.

16 mai : Malaise. Manque d'appétit.

Langue saburrale ; M. G... voudrait prendre une bonne purge. Nous l'en dissuadons persuadé que, s'il y a un accès de fièvre et si celle-ci est coupée par la quinine, l'appétit reviendra immédiatement.

A 11 heures matin, accès de fièvre ; 0 gr. 50 de sulfate de quinine au début de l'accès qui suit son cours.

Dès le lendemain reprend son service, a un appétit excellent et ne présente plus le moindre signe d'embarras gastrique.

La rate n'a pas cessé d'être normale.

A la date du 5 octobre 1908, d'après les renseignements reçus

M. G... (Camillo) était bien portant et n'avait plus eu d'accès. Il avait passé tout l'été à Cérez, c'est-à-dire à l'endroit où la fièvre a été contractée. Il n'a suivi aucun traitement préventif des rechutes.

Nous aurions pu, très facilement, fournir un nombre plus considérable d'observations. Mais, de toutes celles qui étaient à notre disposition, nous n'avons voulu retenir que les plus notables. D'ailleurs les remarques que nous en aurions tirées eussent été identiques à celles que nous exposerons maintenant.

Dans les sept cas, l'expectation fut la règle tout d'abord, sauf un ou deux ; d'où, facilité de se convaincre rapidement que la fièvre était bien intermittente parfaite. Et ainsi, son type pouvait être bien déterminé. Il affectait la forme quotidienne, tierce, quarte.

En second lieu, la confusion avec d'autres maladies n'était pas possible. Les exemples choisis sont bien nets. Pas d'alcoolisme, pas de dysenterie, pas de troubles gastro-intestinaux, pas de tuberculose, pas de troubles urinaires, toutes affections que l'on trouve trop souvent accouplées au « paludisme » dans les observations de cachexie paludéenne, comme nous le verrons plus loin (chap. III).

Fait caractéristique, l'hypersplénie manque totalement dans ces sept observations, et nous savons pourtant combien, dans certains cas, les attaques ont été répétées et les rechutes échelonnées sur de longues périodes. Ne perdons pas de vue que la grosse rate est un signe pri-

mordial, d'après ceux qui ont écrit sur la cachexie paludéenne (4).

Quant à la persistance du séjour dans l'endroit où la fièvre a été contractée, elle n'a influencé en rien la santé des individus, à l'encontre de ce qui est généralement admis (voir en particulier Griesinger, Rendu et autres). Nous ajouterons qu'aucun traitement prophylactique n'a été suivi. Dans ces sept observations, et pour un très grand nombre d'accès, il n'a pas été donné en tout, dans chaque cas, plus de quelques grammes de sulfate ou chlorhydro-sulfate de quinine, répartis quelquefois sur un an ou un an et demi. On ne peut donc pas dire que c'est grâce à de fortes doses de ce sel que la cachexie a été évitée.

Enfin à la suite de ces cas, comme pour tous ceux observés par A. Treille pendant de longues années, la cachexie ne s'est jamais montrée, malgré la répétition des accès et une expectation parfois très prolongée.

Legrain, ancien médecin militaire, qui a un important service depuis 12 ans à l'hôpital de Bougie, et qui observe les fièvres en Algérie depuis une quin-

1. Cette absence d'augmentation de volume de la rate concorde absolument avec les recherches de Duboué dont le livre *De l'Impaludisme* eut à son heure un certain succès. Après sept années d'observation, après des exercices très minutieux de percussion, après des recherches « chez plusieurs centaines de malades, un millier peut-être », il a été impossible à Duboué « de constater la plus petite augmentation de volume de la rate ». Et il ne craint pas, en faisant cette loyale déclaration, « d'attirer sur lui un sourire général d'incrédulité ». Duboué. *De l'Impaludisme*, 1867, p. 140.

zaine d'années dit : « Jamais je n'ai vu aboutir la fièvre intermittente à la cachexie. » (1) Son élève Saffar fait la même constatation à propos de malades qui « ont fait jusqu'à quarante accès non traités ». (2)

A ce sujet, il n'est pas sans profit de rappeler certains passages, malheureusement oubliés, d'auteurs du xvii^e et du xviii^e siècle au début de l'emploi du quinquina alors que l'on n'en avait pas encore fait l'abus auquel conduisirent les doctrines de Torti.

A cette époque, la cachexie n'effrayait pas beaucoup les praticiens ; les fièvres intermittentes non traitées ou peu traitées ne comportaient pas le pronostic fâcheux que l'on y attacha plus tard.

Sydenham, ce remarquable observateur écrivait : « J'ai toujours cru qu'il fallait les abandonner à elles-mêmes et ne rien faire du tout, puisque jamais personne que je sache n'en est mort ; et qu'au contraire, ceux qui ont voulu les faire passer surtout par des remèdes évacuants n'ont eu d'autres succès que de les rendre plus opiniâtres et plus rebelles (3). » Son illustre élève Boerhave, Van Swieten (4) exprimèrent le même avis.

1. Legrain. *Introduction à l'étude des fièvres des pays chauds*, p. 321, in *Conclusions générales*.

2. Saffar. *Thèse de Montpellier*, 1900.

3. Sydenham, *Œuvres (Traduction Jaak Baumes)*. Tome 1, fièvres intermittentes, p. 71.

4. Boerhave. *Traité des fièvres intermittentes* (aphorismes commentés par Van Swieten. *Traduction Paul*. Paris, 1766). p. 86 et 87.

Dans sa thèse Bénard est fidèle aux vieux principes. Les lignes qu'il consacre à la curacion de la fièvre quarte sont à citer intégralement : « Nous devons pourtant remarquer ici que, malgré les nombreuses propriétés du quinquina il est peu de cas où il convienne réellement au traitement de la fièvre quarte. S'il s'en présente et qu'ils soient douteux, il vaut mieux s'en abstenir et n'user dans l'incertitude, ou tant que cette incertitude subsiste, que des secours puisés dans l'hygiène. Nous n'avons que trop de preuves de la possibilité où sont les effets de cette source de devenir pernicieux ; et, l'abus effrayant qu'en font les ignorants et les charlatans en fournit des volumes d'exemples (1)...

« ... Je crois, au reste, qu'employer contre ces fièvres le moins de remèdes possibles est, de tous les moyens de la guérir, le meilleur peut-être et le plus sûr. Aussi, on peut le plus souvent s'en tenir à la médecine d'expectation, laquelle consiste à réveiller quelquefois la nature et à la diriger dans ses excursions par ces secours ou conseils dont nous avons déjà eu assez occasion de parler, ceux puisés dans l'hygiène ; et il n'est pas pos-

1. Dans une thèse assez récente (*Le Paludisme en Corse*, Paris, juin 1899) Campinchi note les abus que l'on fait de la quinine dans son île : « Vous avez les fièvres ? Prenez de la quinine ! — Et les malheureux prennent de la quinine. Ils en prennent même tellement qu'ils finissent par s'accoutumer au médicament qui ne produit plus aucun effet sur leur organisme, trop heureux si parfois même ils ne sont pas atteints d'empoisonnement quinquina que l'on met ordinairement au compte du paludisme. » P. 33.

sible de douter de la vérité de cette dernière assertion. quand, surtout, il est démontré par l'expérience que celles de ces fièvres qui, ne tenant point à un vice organique, sont en outre abandonnées aux seuls soins de la nature se terminent assez ordinairement et même **presque toujours vers la fin de l'hiver.**

« En adoptant un plan de conduite aussi mesuré et aussi circonspect, on n'aura point à redouter l'inconvénient de certains traitements perturbateurs dont l'effet trop fréquent est de produire, au lieu du prétendu bien qu'on en attendait, des maladies au contraire **absolues et incurables (1).** »

Ces conseils si sages se trouvent aujourd'hui corroborés par des observations cliniques rigoureuses comme celles qui ont été faites dans les services de A. Treille, de E. Legerain et par plusieurs de leurs élèves. Leurs malades, atteints de fièvre intermittente parfaite, les seuls qui fassent l'objet de la médication quinquina sans autre adjuvant, sont soignés dans les conditions du *traitement occasionnel* indiqué par A. Treille dès 1891, *en ne s'attaquant qu'aux rechutes possibles et suivant leur retour réel.* Le sulfate de quinine, ou le sel similaire, est administré suivant les préceptes de A. Treille et la loi d'action de la quinine qu'il fixa dans ses derniers termes en 1891. Nous en rappelons la teneur : « Dans la fièvre à sulfate de quinine le médicament donné au début de l'accès à dose unique, convenable, appropriée à la nature du type, n'influence en rien l'accès attaqué

⁽¹⁾ I. Bénéard, *Thèse de Paris* (1894). *Dissertation théorique et pratique sur la fièvre quarté.*

mais coupe toujours les suivants pour cinq jours au moins.»

Et maintenant, répondant à la question que nous posions en tête de ce chapitre, nous sommes en mesure de dire : les fièvres intermittentes dites « paludéennes » ne créent pas la cachexie, si le traitement a été nul ou restreint.

B. — Dans ce chapitre nous aurons à résoudre cette question : Une fièvre intermittente survenant chez un « paludéen » (dénommé ainsi à cause de l'hypersplénie ancienne qu'il présente) amène-t-elle l'augmentation nouvelle de la rate et la cachexie malgré l'expectation ?

L'observation et les faits cliniques vont y répondre.

OBSERVATION VIII

(Communiquée par M. le Dr A. Treille). (*Inédite*).

*Fièvre quarte chez un homme mégalosplénique antérieurement.
Diminution de la rate et aucun signe de cachexie, malgré une
longue expectation et de nombreux accès.*

Saïd ben Yousef, 30 ans, environ. Portefaix. Originaire de la commune de Bougie.

Entré le 28 janvier 1892 à l'infirmerie de la prison de la Casbah (Alger).

Antécédents personnels. — Renseignements incertains sur l'origine de sa fièvre, qu'il paraît avoir contractée pendant l'été de 1890 dans la vallée de la Soummam. Mégalosplénique depuis un temps indéterminé, mais antérieur à la fièvre quarte que l'on constate à son entrée dans le service.

Dimensions de la rate 17/8.

28 janvier au 31 mars : 22 accès de fièvre à type quarte. Aucune intervention jusqu'à cette date.

Les dimensions de la rate sont les mêmes.

Administration de 0 gr. 05 de sulfate de quinine à 5 heures du soir, au début de l'accès. Apyrexie consécutive de 5 jours.

6 avril : Rechute suivant la loi des rechutes minima ($1 + 5 + 1$ ou $31 \text{ mars} + 5 = 6 \text{ avril}$).

Administration de 0 gr. 05 de sulfate de quinine à 3 heures du soir. Insuffisance et inefficacité de la dose.

9 avril : Accès. Expectation.

12 avril : Accès T. maxima à 7 heures soir : 40°7.

Administration de 0 gr. 10 de sulfate de quinine à 3 heures soir. Insuffisance et inefficacité de la dose.

15 avril : T. max. 40°5 à 5 heures soir. Expectation.

18 avril : T. max. 40°5. 0 gr. 15 de sulfate de quinine à 3 heures soir. Insuffisance et inefficacité de la dose.

21 avril : Accès. Expectation.

24 avril : Accès, 0 gr. 20 de sulfate de quinine.

Apyrexie à type pair de huit jours.

3 mai : Accès 0 gr. 20 de sulfate de quinine.

6 mai : Accès. Expectation.

9 mai : Accès. Une dose de 0 gr. 25 de sulfate de quinine est efficace.

Apyrexie à type pair de trente-huit jours.

17 juin : Rechute. Trois nouveaux accès.

29 juin : Troisième accès depuis la rechute. Au début de ce troisième accès une dose de 0 gr. 30 de sulfate de quinine est efficace.

Apyrexie de cinq jours.

5 juillet rechute suivant la loi des rechutes minima. T. maxima 40°8 à 5 heures soir.

Administration de 0 gr. 30 de sulfate de quinine à 3 heures soir.

Apyrexie de onze jours.

17 juillet: Rechute, 1 gramme de sulfate de quinine. Apyrexie consécutive.

Du 22 au 25: Intercurrence morbide. Fièvre. Indigestion. Embarras gastrique. Bronchite. Expectation.

Du 26 au 5 août: Apyrexie complète. A cette dernière date le malade sort de l'infirmerie; il est transféré dans un pénitencier de Corse.

La rate mesurait 13/9. Elle avait rétrogradé sous l'influence du repos, du régime, quoique le malade eût supporté 38 accès, du 28 janvier au 17 juillet.

Il n'a jamais souffert de la rate, ni présenté dans le service aucun signe de cachexie ou d'anémie.

OBSERVATION IX

(Communiquée par M. le Dr A. Treille.) (*Inédite.*)

Fièvre quarte chez un homme mégalosplénique antérieurement. Diminution de la rate et aucun signe de cachexie malgré une longue expectation et de nombreux accès de fièvre quarte, coupée de trois accès tierces et par conséquent plus résistante.

Hassein ben Ali.

Âgé : 28 ans environ.

Entre le 26 avril 1894 à l'infirmerie de la prison de la Casbah (Alger).

Antécédents personnels. — Le malade est incapable de don-

ner aucun renseignement sur les conditions dans lesquelles il a contracté sa fièvre, qui aurait été une fièvre quarte dès le début.

Rate : longueur : 0 m. 20.

largeur : 0 m. 11.

Le poids de l'individu à son entrée est de 81 kil. 500.

Le malade supporte 13 accès à type quarte, avec une apyrexie de cinq jours, déterminée par une dose de 0 gr. 50 de chlorhydro-sulfate de quinine, au début du 24^e accès, atténuant les deux accès suivants avant de produire l'apyrexie. Puis, apyrexie définitive, après 0 gr. 75 de chlorhydro-sulfate de quinine au début du 43^e accès le 30 août.

16 août : Rate : longueur : 0 m. 16.

largeur : 0 m. 11.

Le poids était au 10 août de 82 kil. 500.

30 août : Poids : 83 kil. 200.

2 septembre : cessation complète de la fièvre jusqu'au 3 novembre jour de sa sortie de l'infirmerie.

Aucun signe de cachexie. Au contraire, en dehors des accès toutes les apparences d'une parfaite santé.

OBSERVATION X

(Thèse de Saffar. Montpellier, 1900.)

Tierce. Transformation en double tierce. Jugulation spontanée. Hypersplénie antérieure.

Pacl..., Claude, 54 ans, cultivateur, en Algérie depuis 1871, habite un village des environs de Bougie, près de la rivière du Sahel.

Il aurait eu souvent de la fièvre antérieurement et c'est un absinthique invétéré.

La rate déborde les fausses côtes d'un travers de doigt.

Le malade qui se sent souffrant depuis une dizaine de jours n'a pris aucune médication. Il ne se rend d'ailleurs pas compte de la fin ou du commencement des accès.

Il entre à l'hôpital civil de Bougie le 25 septembre 1899.

L'expectation pure et simple démontre qu'on est en présence d'une tierce qui se transforme en double tierce.

Les accès sont progressivement décroissants et l'apyrexie complète se montre à partir du 1^{er} octobre.

Sortie le 8.

La rate n'a pas varié de volume pendant le séjour à l'hôpital.

L'apyrexie est définitive, le malade fait un séjour à l'hôpital en novembre pour bronchite aiguë sans que la fièvre fasse sa réapparition.

Cette observation est fort intéressante. Elle montre que chez un homme à rate hypertrophiée, par suite évidemment du mauvais état de son foie et de ses habitudes alcooliques, la fièvre tierce n'augmente en rien l'hypersplénie, d'ailleurs modérée. Il faut noter, en outre, que dans ce cas la fièvre s'est jugulée d'elle-même, sans intervention thérapeutique, sans administration de sulfate de quinine.

Cette apyrexie spontanée (1), vers laquelle tend natu-

1. Bailly écrivait en 1825 : « La terminaison spontanée des fièvres intermittentes a été reconnue dès la plus haute antiquité. » *Traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes simples et pernicieuses*. Paris, 1825, p. 3.

rellement la tierce, est du reste la règle ordinaire, ainsi que l'ont établie les travaux des anciens d'abord avant la découverte du quinquina, puis de nos jours ceux de A. Treille et de E. Legrain.

OBSERVATION XI (*Personnelle.*)

*Fièvre tierce développée chez un mégalosplénique.
Transformation en quarte puis en double quarte.*

Ahmed ben Chougui, 31 ans. Employé à la Compagnie de l'Oued Rir (Sahara algérien).

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Dans son enfance va une fois dans le Tell (Châteaudun-du-Rummel) mais n'aurait pas été malade à ce moment là.

En 1907 à l'automne et à la fin du jeûne (Ramadan), à la fête de l'Aïd Srir, cet indigène est atteint de fièvre à type tierce d'après les renseignements fournis par lui. A cette époque, il défrichait une terre qui n'avait jamais été cultivée. Il ne suivit aucun traitement. Le Dr A. Treille, qui le vit au mois de décembre laissa évoluer sa fièvre qui était devenue quarte. Puis la fièvre devint double quarte.

État actuel. — 14 avril 1908 : Teint jaunâtre terreux. Mais il y a des années que le malade présente cet aspect, au témoignage de tous ceux qui le connaissent et de lui-même. Depuis qu'il a la fièvre la coloration terreuse de la peau n'a pas pris une intensité plus grande et sa rate n'a pas augmenté de volume. Langue saburrale.

Pas de constipation, ni diarrhée. Ventre toujours un peu douloureux. État général satisfaisant.

Examen local. — Foie : Long. 17 cm.

Rate : Long. 19 cm.

Larg. 10 cm.

T. 39°7, à 5 heures soir.

Pouls 92.

15 avril : Langue très saburrale. Embarras gastrique.

T. 37°7 à 5 h. 20 soir.

Pouls 80.

T. 37°9 à 5 h. 1/2.

Pouls 80.

La fièvre, nous dit-il, est toujours plus forte le premier jour que le second.

16 avril : Apyrexie.

17 avril : Langue légèrement saburrale. Au moment où commence son accès de fièvre le malade nous dit éprouver des élancements et des besoins de s'étendre.

Pouls petit, serré.

1 heure soir : T. 36°9 ; P. 84.

2 heures soir : T. 37°.

3 heures soir : T. 38°2 ; P. 104.

3 h. 5 : T. 38°6 ; P. 104.

A ce moment le malade absorbe une dose de 0 gr. 50 de sulfate de quinine dans une tasse de café aromatisé de jus de citron, qui aide aussi à la dissolution du sulfate de quinine.

3 h. 10 : T. 38°7 ; P. 104.

Le pouls est déjà plus ample.

3 h. 15 : T. 38°8 ; P. 104.

3 h. 20 : T. 38°9 ; P. 104.

3 h. 25 : T. 39° ; P. 100.

4 heures : T. 39°8 ; P. 96.

4 h. 30 T. 40° ; P. 100.

4 h. 50 : T. 40° ; P. 100.

5 h. 15 : T. 39°8 ; P. 96.

5 h. 30 : T. 39°4 ; P. 96.

5 h. 45 : T. 39°3 ; P. 100.

6 h. 45 : T. 38°4 ; P. 88.

7 heures : T. 38°8 ; P. 84.

7 h. 15 : T. 37°4 ; P. 80.

A remarquer l'ascension progressive de la fièvre malgré l'administration de la dose de 0 gr. 50 de sulfate de quinine, au début de l'accès suivant la règle.

18 avril : La température prise le matin et le soir à différentes reprises n'accuse pas de fièvre, l'indigène nous a déclaré lui-même qu'il n'aurait pas la fièvre aujourd'hui. Son assertion se trouve donc contrôlée.

24 avril : T. 38°2 ; P. 92 à 6 h. 1/2 soir.

Ce léger accès est venu à l'insu du malade qui a fait un trajet de sept kilomètres à pied. La langue est toujours saburrale.

Remarquons que depuis huit jours jusqu'à ce léger accès il n'y a rien eu.

27 avril : 3 h. 1/2 soir : T° 36°9 ; P. 80.

— 5 h. soir : T. 37°9 ; P. 88.

Depuis cette date, l'indigène a eu encore des accès de fièvre quarte. Le régisseur de la Compagnie à laquelle il est attaché lui a donné, conformément à mes instructions depuis ce moment là, 3 doses de sulfate de quinine : 20 mai, 0 gr. 50 de sulfate de quinine ; 16 juillet, 1 gramme de sulfate de quinine ; 9 août,

0 gr. 50 de sulfate de quinine. Elles ont eu pour effet de couper la fièvre pour une période jamais inférieure à cinq jours. Le type double quarte ne s'est plus montré, ce qui prouve une atténuation plus marquée de la fièvre. Dans le courant de septembre 1908, on note encore, aux rebutes, des accès quartes, l'état général n'a pas varié, l'appétit est excellent et en dehors des accès cet indigène travaille comme d'habitude, malgré un été qui fut très chaud et des températures à l'ombre, même en septembre de 38° et 40°.

OBSERVATION XII (*Personnelle*).

Fièvre quotidienne chez un homme m'galosplénique antérieurement. Transformation en quarte. Aucun signe de cachexie malgré des accès répétés et absence de traitement. Guérison de la quarte par une seule dose de sulfate de quinine. Pas de variation dans le volume de la rate. Aucun accès depuis cinq mois.

Abdallah ben Messaoud, 30 ans, demeurant à Bel-Imour (Cérez) (Hauts-Plateaux).

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Variolé antérieurement.

Depuis trois ans, maux de tête, nausées. A certaines périodes, douleurs dans la région splénique. Aurait eu au début le teint jaunâtre, les sclérotiques jaunes et des urines bilieuses. Vers la fin de l'année 1907, contracte une fièvre intermittente. Le type d'abord quotidien, suivant l'affirmation très précise de cet indigène, devient ensuite quarte. Le malade ne consulte aucun médecin et ne suit aucun traitement.

En décembre 1907, il vient trouver le Dr A. Treille qui ne relève

aucun signe de cachexie mais constate que la rate déborde notablement les fausses côtes.

Après s'être bien assuré que cet indigène est réellement atteint de fièvre quarte parfaite le Dr A. Treille lui donne lui-même une dose de 0 gr. 50 de sulfate de quinine au début d'un accès quarte et qui coupe la fièvre jusqu'au 11 mai 1908. Aucune autre médication que cette seule et unique dose.

État actuel. — 11 mai 1908 : Depuis le mois de décembre dernier aucun accès de fièvre, comme on a pu s'en rendre compte dans l'exploitation agricole où il n'a cessé de travailler. On ne note aucun signe de cachexie, malgré les accès répétés de fièvre quarte dont ce malade a été atteint pendant l'automne.

Cet indigène accuse une digestion difficile des corps gras, et une sorte d'intoxication alimentaire chaque fois qu'il mange de la viande ou du couscous froid.

La langue est bonne. Pas de constipation ni de diarrhée.

Le foie présente des dimensions normales.

La rate a une direction oblique.

Longueur : 16 centimètres.

Largeur : 11 cent. 1/2.

La caractéristique de ces cinq observations est la suivante : Tous les sujets étaient splénomégaliques, par infection ou auto-intoxication antérieure. Dans deux cas la rate a diminué de volume, dans trois cas elle n'a pas augmenté. Chez tous les sujets les accès de fièvre ont été répétés. L'apyrexie spontanée, c'est-à-dire sans administration de médicament, s'est produite, dans un cas. Pour les quatre autres l'apyrexie est survenue ou se produit (obs. XI) avec des doses de quinine faibles.

Aucun individu n'a présenté de phénomènes cachectiques : l'augmentation de poids s'est même montrée chez certains (1).

1. Au 10 octobre, le régisseur de l'oasis de Foughala (Sahara) nous écrit que le nommé Chougui (Obs. XI) a toujours des accès de fièvre quarte, car on ne les a plus coupés depuis la dernière rechute : « Il boit, mange et travaille comme tout le monde, et ne ressent aucune souffrance. Le 29 septembre (quatre jours après le début du Rhamadan). Chougui pesait 49 kilogs. Aujourd'hui 10 octobre, il pèse 51 kilogs. Cette différence doit, peut-être, être attribuée à une nourriture plus abondante et plus nutritive absorbée pendant le Rhamadan ». Par conséquent aucun signe de cachexie.

III

EXAMEN ANALYTIQUE DES DIVERSES AFFECTIONS QUI ONT ÉTÉ DÉCRITES SOUS LE NOM DE CACHEXIE PALUDÉENNE

Nous examinerons maintenant les différentes maladies totalement étrangères au « paludisme » (1) qui ont permis — par la connaissance incomplète dont elles furent l'objet, — la constitution du syndrome appelé « cachexie paludéenne ».

Sans doute, la fièvre intermittente parfaite est facile à discerner par l'époque à laquelle elle naît, les lieux où elle se développe, les heures d'apparition des accès et la manière dont elle se comporte invariablement au regard du sulfate de quinine. Mais n'y a-t-il point des affections qui, par leurs manifestations fébriles, puissent donner jusqu'à l'apparence de légitimité d'accès quotidiens, tierces ou quarts ?

Nous allons voir que c'est précisément pour être parti

1. Si l'on tient à conserver le terme de « paludisme », celui-ci ne peut s'appliquer qu'aux accidents primitifs, ou même si l'on veut primaires, qui forment, dans la nosologie, la classe absolument distincte des fièvres que les Anciens avaient appelées, avec tant de raison, parfaites, exemptes de danger et de conséquences.

de considérations inexactes sur les fièvres intermittentes que l'on en est arrivé à des conclusions erronées.

Dans ses leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, M. le professeur Guyon a noté des analogies frappantes entre l'*intoxication urineuse aiguë* et l'intoxication paludéenne se traduisant par de la fièvre, du fait du retentissement de l'infection sur le rein.

Il s'exprime ainsi : « Les trois stades successifs que nous avons décrits, disions-nous, ont dû déjà éveiller dans votre esprit l'idée d'une ressemblance avec les accidents intermittents. Si telle a été votre pensée nous n'hésitons pas à vous dire qu'elle était juste. Oui, l'intoxication paludéenne nous présente la même physionomie clinique et le même tracé thermométrique. La similitude est telle que vous ne pourriez distinguer des deux tracés quel est celui qui appartient à un de nos malades et quel est celui que nous avons emprunté à un service de médecine. Même ascension subite, même température très élevée, atteignant et dépassant 41° ; même défervescence rapide, se faisant complètement en quelques heures et jugée par une sueur abondante profuse ; même retour à l'état normal une fois l'accès terminé. L'accès de fièvre intermittente comparé à un grand accès de fièvre urineuse fournit donc les analogies, disons mieux, les ressemblances les plus saisissantes. Cependant le poison morbide est tout autre, mais dans l'accès, dans la lutte l'organisme réagit de la même manière (1). »

1. Guyon. *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, t. 2, p. 124.

L'infection urinaire chronique dans la forme de *cachexie urinaire* simule à s'y méprendre — et on s'y méprend — le tableau que l'on nous trace de la cachexie paludéenne : troubles digestifs, dyspepsie, constipation, diarrhée, état saburral de l'appareil digestif ; puis à un degré plus avancé : sécheresse et teinte icterique des téguments, amaigrissement. N'est-ce pas fait pour en imposer, surtout lorsqu'on se trouve en présence d'un individu habitant un pays d'alluvions, marécageux et malsain. Des lors, ne nous étonnons pas de voir M. le professeur Guyon écrire, non sans une certaine ironie : « Les médecins et les chirurgiens ont rencontré de ces pseudo-paludéens qui n'ont de paludique qu'une vessie qui a besoin d'être mise à sec (1). » Le professeur Forgue ajoute en manière de diagnostic « que la quinine ne « mord » point sur les accès qui parfois se greffent sur un état fébrile continu. » (2) Ce n'est pas là un argument péremptoire, puisque, de l'avis de ceux qui reconnaissent à la cachexie paludéenne une entité morbide, c'est à l'hydrothérapie et aux fortifiants que l'on doit recourir.

Et M. Guyon, pour montrer que la méprise sur la nature véritable de la fièvre s'est produite, cite le cas suivant : Un malade, qui été soldat en Afrique, a des accès de fièvre. Il maigrit. Son teint devient jaune. Journellement, son état s'aggrave. Bref *il est sur la pente*

1. Guyon. *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, t. 2, p. 79.

2. Forgue. *Pathol. externe*, t. 2.

de la cachexie. De son chef, ce malade diagnostique ses accès : fièvres d'Afrique. Au bout de dix-huit mois, il finit par avouer au médecin qui le soignait, des troubles de la miction, chose à laquelle il s'était résolu difficilement « afin de n'avoir pas à confesser leur origine blennorrhagique »(1) M. Guyon trouva chez ce malade un rétrécissement très marqué. La guérison complète, sans retour de fièvre, eut lieu après une uréthrotomie externe.

Un cas identique est rapporté par Nélaton dans ses leçons cliniques : Depuis longtemps, un homme était soigné par le sulfate de quinine « pour des accidents paludéens ». Ce traitement ne donnait aucun résultat. Un jour, on découvre la cause de la fièvre, c'était un rétrécissement uréthral que l'on avait jusqu'alors méconnu (2).

Ne quittons pas l'appareil rénal sans signaler deux cas de cachexie imputés au paludisme et qui appartiennent à des affections tout autres :

1° Le premier est désigné comme suit :

Cachexie palustre (3). *Néphrite et pneumonie chroniques.*
Péritonite aiguë ultime. Mort. Autopsie.

L'observation de ce malade n'a pas été recueillie. « Il s'agit d'un tirailleur indigène qui avait été atteint à plusieurs reprises de fièvre intermittente et qui, à son entrée à l'hôpital de Cons-

1. Guyon. *Loco citato*; p. 79.

2. Fait cité par Dangerville : Impaludisme sans fièvre. *Thèse de Paris* 1876.

3. Laveran. *Traité des fièvres palustres*, 1884, observation XII, p. 151.

tantine présentait de l'anasarque ; les urines renfermaient de l'albumine en quantité assez considérable et le diagnostic de cachexie palustre avec néphrite albumineuse fut porté. » Signes de bronchite. Péritonite le 20 septembre 1879. Mort le 24.

A l'autopsie on trouve une rate volumineuse. « Les reins ont, en somme, l'aspect des gros reins blancs. » L'examen histologique confirme cette assertion. Dans les poumons, lésions banales de pneumonie, aux bases.

2° Le second cas est dénommé :

Cachexie palustre (1). Fièvre typhoïde contractée à l'hôpital. Albuminurie. Péritonite par perforation. Mort. Autopsie. Lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde et du paludisme.

Cr..., 23 ans, « détenu au pénitencier militaire de Bône, entre à l'hôpital militaire de Bône, le 10 août 1878 pour cachexie palustre avec anasarque ; l'examen des urines fait à plusieurs reprises ne révèle pas l'existence de l'albumine. Le malade allait bien, l'anasarque avait disparu lorsque le 11 septembre il se plaignit de tousser beaucoup, en même temps, je constatai de la diarrhée et un mouvement fébrile. »

Ici commence une fièvre typhoïde avec tous les symptômes classiques.

Entre le 14 et le 15, perforation intestinale.

15 octobre. — Réapparition de l'anasarque. « L'examen des urines révèle cette fois une assez grande quantité d'albumine. »

16 octobre. — Vomissements. Ballonnement du ventre.

A partir de cette date jusqu'au 22 octobre, date du décès, les

1. Laveran. *Loco citato*, observation LV, p. 392 et *Traité du paludisme*, p. 242. Paris, 1898.

phénomènes s'amendent quoique la fièvre persiste. Après une rémission l'individu meurt.

A l'autopsie : le foie est normal, La rate est triplée de volume avec « une teinte brunâtre ».

L'examen histologique révèle l'existence de nombreux éléments pigmentés. Quant aux reins « il existe évidemment une néphrite épithéliale (l'examen histologique n'a pas été fait) ».

« Intestin grêle : on trouve au niveau de la valvule iléo-cœcale une large ulcération qui fait presque le tour de l'intestin, le fond est noirâtre, les bords sont affaissés. Au-dessus de cette ulcération, il en existe une dizaine d'autres qui siègent exactement au niveau des plaques de Peyer et qui ont toutes les apparences des ulcérations de la fièvre typhoïde à la période de réparation ; l'une de ces ulcérations située à 8 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale est le siège de la perforation. »

Voyons les objections très plausibles que l'on peut formuler.

Pour le premier cas : 1° Les antécédents personnels du malade n'ont pas été consignés ; 2° L'âge n'est pas indiqué ; 3° La date de l'entrée à l'hôpital est inconnue ; 4° Le lieu où les fièvres ont été contractées, le type des accès ne sont pas fournis ; 5° Les dimensions de la rate à l'entrée et pendant le séjour à l'hôpital manquent ; 6° Même remarque en ce qui concerne le foie ; 7° Le traitement des accès de fièvre intermittente n'est pas noté ; 8° Le traitement à l'hôpital fait défaut.

Rien n'autorise à porter le diagnostic de cachexie palustre. Tout, au contraire, porte à croire que le malade a succombé à une néphrite.

Pour le second cas nous ferons remarquer : 1° Rien n'indique pourquoi le diagnostic de cachexie palustre a été formulé ; 2° Il n'est pas fait mention des antécédents personnels du malade ; 3° La notion de fièvres antérieures n'est pas portée ; 4° L'observation ne dit pas si le malade a été traité auparavant et de quelle façon ; 5° Les dimensions de la rate et du foie à l'entrée à l'hôpital font défaut ; 6° Ces mêmes dimensions ne sont pas notées pendant le séjour à l'hôpital, malgré la présence d'une fièvre typhoïde dont tous les autres symptômes d'ailleurs sont consignés ; 7° Le traitement de l'anasarque n'est pas mentionné ; 8° Le traitement de la fièvre typhoïde manque : on ignore si le malade a été traité par la balnéation ou si le traitement quinquina a été institué. Dans cette dernière hypothèse, il serait utile de savoir quelle dose de médicament a été prescrite ; 9° Les lésions de l'intestin grêle sont absolument les lésions classiques de la fièvre typhoïde (1) ; 10° Le volume de la rate n'a rien de surprenant. Quant aux éléments pigmentés, nous indiquerons plus loin ce qu'il faut en penser.

Le diagnostic de cachexie palustre ne repose donc pas sur des bases sérieuses. Il est beaucoup plus logique de penser que l'on se trouve en présence d'un néphritique chez qui les lésions rénales ont été aggravées subitement par la fièvre typhoïde.

1. « Les lésions du tube digestif étaient autrefois considérées comme plus fréquentes qu'aujourd'hui, parce qu'on englobait dans la malaria et la dysenterie et la fièvre typhoïde. » Catrin. *Paludisme chronique*, 1892, p. 176.

La *lithiase biliaire* avec obstruction incomplète du canal cholédoque donne quelquefois l'illusion des accès de fièvre intermittente. Paul Regnard en a observé. Il les décrit ainsi : « Les accès survenaient plus souvent le soir que le matin. Le frisson commençait avec violence. Il nous est souvent arrivé de voir le lit du malade remuer. Après trois quarts d'heure environ survenait une grande chaleur. Enfin succédaient des sueurs profuses. Les draps étaient traversés, il fallait changer plusieurs fois la chemise du malade (1). » Au passage nous noterons que ces accès, tout en étant plus fréquents le soir, survenaient pourtant tout aussi bien le matin, comme cela se produit souvent dans la fièvre parfaite à type quotidien. Les anciens avaient bien vu qu'ils se montraient aux environs du déjeuner (*circa prandium*.)

Dans ses belles leçons cliniques de la Salpêtrière, Charcot a magistralement étudié cette forme de *fièvre intermittente hépatique* qui accompagne parfois soit l'oblitération calculeuse du canal cholédoque, soit la lithiase biliaire intra hépatique. Ici encore le tableau symptomatique ressemble trait pour trait aux accès de fièvre intermittente légitime. Charcot fait remarquer que l'ictère n'est pas nécessaire, non plus qu'une colique hépatique antérieure, pour établir le type clinique. Les

1. Paul Regnard. De la diminution de l'urée excrétée pendant les accès de fièvre intermittente chez un malade atteint de lithiase biliaire. (*Compte rendu des séances et mémoires de la Société de Biologie*. Ann. 1873, p. 334).

2. Charcot. *Leçons sur les maladies du foie*. Ann. 1878.

trois stades se succèdent comme s'il s'agissait d'une fièvre « paludéenne » avec des retours « assez réguliers pour simuler les types quotidien, tierce ou quarte de la fièvre légitime » (1).

Un cas, très bien étudié par Regnard et cité par Charcot à l'appui de sa leçon, nous donne les températures suivantes, dans la partie la plus intermittente de la courbe thermique :

Août :	1	2	3	4	5	6
Temp. :	(37°4)	(40°8)	(38°6)	(37°4)	(36°8)	(39°)
	Type double quarte			T. quarte		
	7	8	9	10	11	12
	(36°6)	(37°6)	(39°)	(37°)	(36°8)	(40°4)
	Type quarte					
	13	14	15	16	17	18
	(36°8)	(40°5)	(37°5)	(39°8)	(36°8)	(40°6)
	Type tierce		Type tierce		Type tierce	

A n'envisager que la courbe thermique, il serait aisé de se méprendre sur la nature véritable de la fièvre. Pour peu que le malade ait habité un pays dit « à malaria » on aurait vite dénommé cette fièvre « paludéenne ». Mais c'est précisément parce qu'on l'a suivie très scrupuleusement, et en partie sans essayer de la couper, qu'on a pu saisir son caractère propre.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que, parmi les résultats de *l'obstruction calculeuse du canal cholédoque*, se trouvent deux symptômes figurant au tableau de la « cachexie paludéenne ». Ce sont : 1° *l'ascite*, 2° *l'hy-*

1. Regnard. *Loco citato*, p. 334.

pertrophie de la rate. Or, si l'on se méprend sur la fièvre, on arrivera tout naturellement à invoquer les deux signes précédents — le second surtout — pour justifier une affection, qui encore une fois, est absolument étrangère au « paludisme ».

Pour bien marquer la distinction entre la fièvre biliaire à forme intermittente et la fièvre intermittente parfaite, nous n'avons qu'à reproduire les lignes suivantes empruntées à la thèse (1) de M. le professeur Dupré: « La fièvre intermittente biliaire est intermittente dans son type; périodique, fréquemment régulière, le plus souvent vespérale dans son apparition; généralement élevée dans son degré thermique, et violente dans son accès, lequel revêt la forme classique de l'accès palustre le plus franc; chronique dans sa marche avec des rémissions souvent prolongées, suivies de brusques réveils; grave dans son pronostic et rebelle à la thérapeutique médicale.

« Cette courte analyse suffit à faire ressortir les étroites analogies que présente la fièvre biliaire avec la fièvre urinaire, et à mettre en lumière les différences qui séparent les fièvres intermittentes symptomatiques des accès fébriles de l'impaludisme. »

Mais, pourrait-on nous dire: le paludisme joue le rôle d'agent infectieux vis-à-vis du foie! Le témoignage des Anciens, les travaux de A. Treille, de E. Legrain, ne laissent pas place à cette hypothèse. Voici ce que dit Legrain:

1. DUPRÉ. *Les Infections biliaires*. Paris, 1891, p. 110.

« La fièvre intermittente à quinine ne lèse pas le foie. C'est là un fait que j'ai observé dans les cent vingt observations dont je puis disposer pour écrire l'histoire de cette maladie. Et cependant les pyrexies à forme bilieuse sont légion dans les pays chauds. Elles méritent donc d'attirer l'attention des chercheurs, par l'intérêt théorique et pratique qui s'y rattache.

Georges Treille, dans son mémoire si intéressant et si personnel sur les conditions sanitaires de l'Afrique intertropicale, montre comment, dans les pays chauds, le foie se trouve, grâce aux conditions climatiques, au régime alimentaire défectueux, à l'alcoolisme si fréquent, éminemment prédisposé aux infections à point de départ souvent intestinal.

On connaît la diversité des infections biliaires dans les pays tempérés ; qu'est-ce à dire dans les pays chauds où tout concorde à favoriser l'infection hépatique : virulence plus grande des germes intestinaux, imminence constante de l'insuffisance du foie.

A défaut de l'anatomie pathologique et de la microbiologie, il y a longtemps que la symptomatologie et les insuccès thérapeutiques ont pratiquement fait séparer les fièvres bilieuses des intermittentes.

Ainsi que le dit justement Georges Treille (1) : « Nous sommes déjà loin du temps — pourtant encore rapproché par le petit nombre d'années écoulées — où

1. Georges Treille. Les conditions sanitaires de l'Afrique intertropicale, in *Revue générale des sciences pures et appliquées*, 5^e année, n° 21, 15 nov. 1894, p. 812.

« Dutroulau expliquait avec conviction que la fièvre
« bilieuse grave, tout en étant de nature essentiellement
« paludéenne, ne devait pas être soignée comme telle,
« et constatait que la quinine y offrait plus de dangers
« que d'avantages. »

Dutroulau, à ce propos, invoque l'autorité de Lherm-
nier « qui a remarqué que dans le temps où l'on bourrait
littéralement les malades de quinine, ils ne s'en trou-
vaient pas mieux, et que les fièvres qui résistaient à
cette médication, cèdent aujourd'hui aux purgatifs » (1).

Dans leur livre MM. Kelsch et Kiener ont consacré
un chapitre à la fièvre symptomatique dans la malaria
chronique : « Chez un grand nombre de nos malades
atteints d'intoxication chronique, nous avons relevé
certains processus fébriles auxquels nous avons été
amenés à reconnaître une autre cause que l'action
pyrogène de la malaria.

« Il s'agit d'un état pyrétique plus ou moins accentué,
qui se prolonge parfois plusieurs jours et même plu-
sieurs semaines à la suite des accès sériés. Tantôt ce
sont de légers paroxysmes vespéraux, sans frisson ini-
tial, et à température peu élevée, plus souvent il s'agit
d'un mouvement fébrile continu de 38° à 38°5 et figurant
sur le tracé graphique une ligne faiblement brisée.

« Cette fièvre se montre plus spécialement à la suite
des accès violents accompagnés d'ictère ou d'hémo-
globinurie. Pendant sa durée, le foie et la rate sont

1. Legrain. *Introduction à l'étude des fièvres des pays chauds*,
p. 244 et p. 245.

toujours tuméfiés et le siège d'une douleur sourde et continue. Elle ne s'accompagne point d'une destruction marquée de globules rouges, et l'examen du sang, pratiqué au point de vue du pigment mélanique est généralement négatif. Le sulfate de quinine est sans action, seuls les révulsifs sur les hypocondres se montrent parfois efficaces (1). »

Ces auteurs ont parfaitement vu que la fièvre tenait à l'état morbide du foie. Ils ont noté aussi l'inefficacité du sulfate de quinine. Mais ce qu'il est bon de souligner c'est la prépondérance de l'affection hépatique qui est exclusivement en cause. Ces malades sont tout simplement des hépatiques de divers ordres. Dans une des observations où l'individu présenta des fièvres rebelles, puis hypertrophie énorme du foie et de la rate, suivie de fièvre « légère et presque continue rebelle au sulfate de quinine », il semble bien qu'on se trouve en présence d'un cas analogue à ceux rapportés par M. P. Lereboullet dans sa thèse (2).

Dans cet important travail, consacré aux cirrhoses biliaires, l'auteur souligne, avec juste raison, la nécessité de réviser sévèrement la classe de ces fameuses cirrhoses dites paludéennes. Ce n'est pas sortir du cadre que nous nous sommes imposé en nous arrêtant sur ce point. Car, pour ceux qui admettent la cirrhose paludéenne, l'hépatite qui la déterminerait ne débute

1. Kelsch et Kiener. *Traité des maladies des pays chauds* (Paris, 1889), livre V, p. 565 et p. 566.

2. Pierre Lereboullet. Les cirrhoses biliaires. *Thèse de Paris*, 1902.

jamais en pleine santé et d'une manière franche suivant la remarque de MM. Kelsch et Kiener (1).

La notion de fièvres intermittentes dans les antécédents du sujet serait nécessaire pour créer ultérieurement la lésion hépatique. Et en outre, la cachexie effacerait avec son cortège symptomatique le tableau clinique de l'hépatite. Le cycle naturel s'énoncerait ainsi : fièvres intermittentes, cirrhose paludéenne, cachexie.

Mais nous savons ce qu'il faut penser de certaines fièvres intermittentes. Nous les avons vues déjà à propos de l'infection urinaire, de la lithiasé biliaire avec obstruction du cholédoque. Nous les retrouverons sous un autre aspect dans les cirrhoses biliaires :

« D'autre fois, écrit M. Lereboullet, et ces faits sont assez fréquents, le début apparent de la cirrhose biliaire est marqué par des accès de fièvre intermittente mais cela ne suffit pas selon nous pour porter le diagnostic d'accès paludéen ; à plus forte raison si cet accès s'observe une fois la maladie établie. Il semble, en effet, que certains auteurs n'aient pas toujours différencié assez nettement l'accès de fièvre intermittente hépatique de l'accès paludéen » (2).

A propos de la cirrhose biliaire hypertrophique ou splénomégaly (maladie de Hanot), aussi bien que la cirrhose biliaire hypersplénomégaly (Gilbert et Fournier), M. Lereboullet se demande : « si les accès de fièvre étaient bien paludéens et si le sujet n'a pas

1. Kelsch et Kiener. *Loco citato*. Livre VI. Les cirrhoses, p. 713.

2. Lereboullet. Les cirrhoses biliaires, *Loco citato*, p. 20.

eu simplement des accès de fièvre intermittente hépatique simulant le paludisme (1) » et « que l'on ne saurait même invoquer pour la plupart de ces cas un paludisme héréditaire. L'analogie constatée par Lancereaux entre ces malades et les petits « Solognots » dont parle Trousseau n'est pas suffisante en tout cas pour en faire des cirrhoses paludéennes ; peut-être même faudrait-il renverser les termes et admettre plutôt dans certains cas visés par Lancereaux (*Traité des maladies du foie et du pancréas*, p. 424, et *Semaine Médicale*, 1893) l'existence d'une cirrhose biliaire hypersplénomégalique » (2).

Deux observations (IX et XVIII) de *cirrhose biliaire hypertrophique* figurant dans la thèse de M. Lereboullet sont tout à fait probantes.

Voici l'observation (3) n° IX résumée :

G..., 34 ans, monteur en cuivre, entré en 1900 à l'hôpital Necker pour ictère chronique.

Dans ses antécédents héréditaires on note que sa mère, outre un teint jaune mat, a eu des crises fréquentes de coliques hépatiques. Jaunisse et subictère des conjonctives. Séjour à Vichy. Père mort d'une maladie de cœur. Le malade « tient de sa mère ». Les antécédents personnels du malade dénotent chez lui de tout temps « un teint basané ». « Grand buveur il a fait de nombreux excès de boissons ». A 18 ans départ pour le Tonkin. En mer, pleuro-pneumonie, « puis arrivé là-bas il y

1. Lereboullet. *Loco citato*, p. 86.

2. Lereboullet. *Loco citato*, p. 94 (en note).

3. Lereboullet, *loc. cit.*, observation IX, p. 266.

contracte en 1887 des fièvres intermittentes qui furent fort intenses. Il dut rester pour « cachexie palustre » deux ou trois mois à l'hôpital de Langson, puis, convalescent, il recommence à travailler et a alors des accès de fièvre deux fois par mois. Rentré en France en 1889 il peut travailler régulièrement ; à peine a-t-il de temps en temps, un accès de fièvre. Pas de syphilis. »

Pneumonie en 1898. L'année suivante douleur dans la région du foie. Ictère. Œdèmes des jambes. Prurit. Epistaxis. Somnolences digestives. Crampes dans les mollets. Pertes considérable des forces. Amaigrissement.

L'état actuel se signale par un ictère très prononcé, des doigts légèrement hippocratiques. Ventre volumineux.

Le foie est volumineux (Hauteur 0 m. 26 sur la ligne médiane).

La rate « déborde de trois travers de doigts les fausses côtes » (longueur : 0 m. 18 dans son grand axe).

Poumons : emphysème et foyers de râles sous-crépitaux aux deux bases.

M. Lereboullet n'hésite pas à déclarer ce cas : cirrhose hypertrophique biliaire. Il ne se laisse pas influencer par ces accès antérieurs de fièvre intermittente. Il souligne même par une indication typographique cette cachexie palustre traitée à Langson. Par là, il émet des doutes sur ce paludisme ancien. La logique même permet cette incrédulité : 1° en raison des antécédents hépatiques du malade ; 2° en raison de la difficulté que l'on a de guérir une « cachexie paludéenne » surtout en Indo-Chine, puisque si l'on adopte la manière de voir des auteurs depuis Dutroulau jusqu'à MM. Kelsch,

Kiener, Laveran, le changement de climat est le seul remède réellement efficace pour éviter une terminaison fatale. Quant à l'observation n° XVIII (1) elle s'appuie pour mériter le titre de cirrhose biliaire hypertrophique, de toute la haute autorité du regretté professeur Hanot. En voici l'analyse :

Il s'agit d'un malade entré à l'hôpital Saint-Antoine (Service du Dr Hanot) le 3 juin 1893. Né à Paris, il aurait habité la Sologne de l'âge de 7 à 9 ans. Pas de fièvre intermittente bien nette pendant son séjour en Sologne. Pas de syphilis.

La santé est bonne jusqu'en 1890. A cette époque, étant au camp de Châlons, il est pris le soir vers 4 heures d'un accès de fièvre avec frissons et sueurs abondantes. Ces accès quotidiens se répètent pendant plus d'un mois. Epistaxis.

Après un congé de convalescence, l'individu reprend son service. Mais en février 1891, il est obligé de retourner à l'hôpital. Le ventre grossit et devient énorme. Éruption purpurique sur les jambes; prurit. Vomissements presque incoercibles, diarrhée intense. Ponctions successives amenant disparition de l'ascite. Foie gros, rate non hypertrophiée. Matières fécales décolorées. Urines rouge foncé. Cependant les phénomènes précédents s'atténuent. Le malade réformé sort de l'hôpital de Châlons.

En novembre 1891 douleurs dans l'hypocondre droit. Séjour d'une dizaine de jours dans le service du professeur Proust qui diagnostiqua une cirrhose hypertrophique biliaire.

En juillet 1892 nouvelles douleurs dans l'hypocondre. Ictère

1. Lereboullet, *loc. cit.*, observation XVIII, p. 314.

foncé. Augmentation de volume du ventre sans ascite. « M. Lancereaux trouve la rate grosse, il fit le diagnostic de cirrhose hypertrophique d'origine palustre. » Séjour de cinq mois à l'Hôtel-Dieu.

En 1893, il entre dans le service de M. Hanot. Hépatalgie, ictère, oppression. Le foie mesure 22 centimètres de longueur. Le séjour dans le service ne fut que de cinq jours. Une hypertrophie considérable fut notée plus tard par MM. Jaccoud et Lancereaux, lequel persistait à voir dans ce cas une cirrhose hypertrophique d'origine palustre.

Hanot, à l'opinion duquel nous n'hésitons pas à nous ranger, pense au contraire qu'il est difficile de voir dans ce cas « un retour d'infection palustre. » D'autant que le malade n'avait jamais eu en Sologne de fièvre intermittente, que le séjour dans ce pays n'a été que de deux ans et qu'enfin la maladie a commencé dix ans après. Et Hanot concluait dans sa clinique : « Pour moi l'impaludisme n'a aucune part dans la genèse de cette cirrhose hypertrophique (1). »

Ce qu'il admettait pour ce cas-là, en 1893, Hanot l'admettait déjà en 1875 pour l'étiologie des cirrheses hypertrophiques avec ictère chronique en général. « On ne peut réellement pas donner, écrivait-il, à cette forme de cirrhose hypertrophique le nom de cirrhose paludéenne (2). »

1. Hanot, *Bulletin médical*, 27 septembre 1893, p. 867.

2. Hanot, *Thèse de Paris*, 1875.

Il est donc surprenant de voir que Picquet (1) a introduit dans sa thèse trois observations de Hanot, les rattachant toutes trois au paludisme, malgré l'opinion exprimée à leur sujet par Hanot lui-même.

A l'analyse, tout prouve que la mort n'est pas attribuable au paludisme, dans les observations qui vont suivre. L'observation XII de la thèse Hanot (Obs. IV de Picquet) concerne un malade qui « avait eu une fois des fièvres d'accès, d'ailleurs assez légères, et qui avaient rapidement cédé au sulfate de quinine. »

Dans l'observation XIII (Obs. III de Picquet) il s'agit d'un homme qui avait fait « d'incroyables excès de boissons. » Les accès de fièvre intermittente supportés tant aux colonies qu'en France n'avaient en rien altéré sa santé « qui était restée parfaite ». Son affection débuta seize à dix-huit ans après le retour en France ! Cet « aspect cachectique » présenté par lui de même que les accès de fièvre et les frissons des derniers temps de la maladie traduisaient nettement une infection de l'organe hépatique.

Quant à l'observation XV (Obs. V de Picquet) elle nous montre bien un individu atteint antérieurement et de temps en temps de fièvre tierce, mais ayant dans ses antécédents une angiocholite et des manifestations syphilitiques très nettes.

Dans une observation rapportée par M. Colin (2)

1. Picquet. De l'hépatite interstitielle paludéenne. *Thèse de Paris*, 1880.

2. L. Colin. *Gazette des Hôpitaux*, n° 17, 10 fév. 1863, p. 65.

l'évidence d'une « cachexie palustre » n'est nullement établie.

Voici, résumée, cette observation intitulée :

Hypertrophie remarquable du foie et de la rate, suite de cachexie palustre. Mort rapide par pneumonie double.

R..., chasseur au 7^e bataillon, 25 ans, tempérament sanguin, constitution primitivement forte. Entré le 26 décembre 1862 au Val-de-Grâce. « Il dit avoir contracté la fièvre intermittente en Algérie, d'où il a été renvoyé pour ce motif il y a dix-huit mois. Il a depuis séjourné quelque temps dans deux hôpitaux et passé une saison à Vichy sans avoir retiré de ces divers traitements d'autre bénéfice que la disparition des accès fébriles qui s'étaient manifestés successivement suivant le type tierce, puis suivant le type quarte. » « *Cachexie palustre* très accusée : coloration ictérique des téguments, amaigrissement général (sans bouffissure), bruit de souffle aux vaisseaux du cou, mais surtout développement énorme du foie et de la rate. » Dyspnée. « Appétit bon, malgré une certaine difficulté des digestions. Urine rare jaune safran, précipitant en vert par l'acide nitrique. » Traitement : Vin de quinquina, eau de Vichy.

8 janvier : Quelques crachats striés de sang.

14 — Épistaxis très abondante.

15 — L'hémorragie se reproduit avec une abondance qui nécessite le tamponnement.

Puis frissons intenses, douleur au côté droit de la poitrine.

16 : Aucun signe d'affection pulmonaire aiguë n'est constaté. Respiration de plus en plus courte.

17 : Décès à 4 heures matin.

Autopsie : Péritoine, pas d'épanchement.

Rate : 2 kil. 300. « L'examen microscopique permet d'y reconnaître un assez grand nombre de granulations pigmentaires, dont quelques-unes sont même visibles à l'œil nu ; mais, en somme, rien qui ne se retrouve dans la rate à l'état normal. » Foie : 4 kil. 320. Aspect granuleux. « La coupe de l'organe permet de constater aussi cette apparence à l'intérieur du parenchyme ; les lobules jaunes sont entourés d'une auréole gris foncé qui semble indiquer l'altération décrite par Frerichs sous le nom de foie pigmenté ; mais le microscope n'y fait découvrir aucune granulation analogue à celle de la rate. » L'auteur de l'observation ajoute : « Ce malade a succombé comme beaucoup d'anciens fébricitants, atteint d'une véritable pneumonie scorbutique, qui en quelques heures a envahi tout le parenchyme pulmonaire ; la cause était la même que celle des épistaxis des jours précédents. »

Cette observation est un très remarquable exemple de cirrhose hypertrophique avec ictère ou maladie de Hanot. Il n'est pas douteux que la fièvre intermittente dont fut atteint le malade était une forme fébrile de cette affection. Comme le dit très justement M. Lereboullet : « L'intérêt de cette forme fébrile, relativement fréquente et qui s'observe aussi bien dans la maladie de Hanot que dans la cirrhose biliaire hypersplénomégaly, c'est que la fièvre persistante peut égarer le diagnostic et faire croire soit au paludisme, soit à la tuberculose (1). » En jetant les yeux sur la courbe de

1. Lereboullet, *loc. cit.*, p. 115.

la page 115 (thèse Lereboullet), on peut voir des types tierce, quintane et quarte, que l'on aurait pu qualifier « d'accès paludéens ».

Cette inefficacité du sulfate de quinine, dans les accès qui ne relèvent en rien des fièvres intermittentes parfaites, nous la voyons encore nettement se manifester dans une des observations de MM. Kelsch et Kiener(1). Ici encore nous constatons qu'il s'agit bien plutôt de cirrhose hypertrophique avec ictère.

Voici l'analyse de cette observation intitulée :

Cachexie paludéenne, ictère, tuméfaction énorme du foie et de la rate, phlegmon gangreneux du membre inférieur. Autopsie. Hypertrophie énorme de la rate et du foie, hépatite parenchymateuse.

Messaoud ben Salah, 42 ans, prisonnier au pénitencier d'Aïn-el-Bey, ancien fébricitant entré à l'hôpital de Constantine le 19 mai 1867, pour une récurrence de fièvre tierce datant de quelques jours. L'accès est constaté le 19 au soir (temp. 39°6 ; pulsations 130).

Le 20, au matin, on note l'état suivant : temp. 38°6 ; puls. 84 ; sueurs la nuit, léger ictère, grande faiblesse, foie et rate tuméfiés, cette dernière touche par son extrémité inférieure la crête iliaque.

L'urine exempte d'albumine, prend par l'acide nitrique une teinte verte légère, mais non douteuse. 4 grammes de sulfate de quinine à prendre en deux fois dans la journée.

1. Kelsch et Kiener, *loco citato*, p. 599.

20 au soir : 37°8. Les 4 grammes de sulfate de quinine ont été pris et gardés.

21, matin : 40° ; puls. 100. Ictère plus marqué ; on constate dans le creux du jarret gauche un empâtement dur et douloureux qui, d'après le malade, se serait développé depuis trois jours.

Soir : 40° ; puls 120. L'empâtement du jarret s'étend à tout le genou. 3 grammes de sulfate de quinine à prendre en deux fois dans la nuit.

22, matin : 38°1 ; puls. 116. Bourdonnements d'oreilles et ivresse quinique ; prostration extrême des forces ; la teinte ictérique s'accuse de plus en plus ; même état du genou.

Soir : 39°3 ; 120 puls. Prostration, léger délire, teinte ictérique générale, la tuméfaction s'étend à tout le membre inférieur.

23, matin : 38°4 ; puls. 132. Même état général, langue sèche, douleur vive à l'épigastre.

Soir : 39°. pouls imperceptible. Somnolence et léger délire ; extrémités froides et moites. Mort pendant la contre visite.

A l'autopsie la rate pèse 1.085 gr. ; mesure 25 centimètres de longueur sur 13 de large.

Le foie pèse 2 kil. 355.

A côté des cirrhoses biliaires introduites dans le « paludisme » il y a aussi les *cirrhoses alcooliques* ; M. Lancereaux le reconnaît formellement. Dans son Traité il constate que MM. Kelsch et Kiener « observant dans un milieu (l'Algérie) où l'alcoolisme est aussi répandu que le paludisme, ne surent pas démêler les effets de chacune de ces maladies et attribuèrent au miasme paludéen sous le nom d'hépatite parenchymateuse nodulaire des faits de cirrhose alcoolique des mieux

caractérisés et, chose plus difficile à croire, des cas de cancer parenchymateux du foie (1) ».

Cette remarque due à M. Lancereaux est pour nous d'une importance capitale. Elle renforce d'une manière évidente notre argumentation. Toutefois, nous ne nous expliquons pas pourquoi cet auteur a cru devoir, dans une de ses observations (2), étiqueter hépatite paludique ce qui, à nos yeux, est une cirrhose hypertrophique biliaire avec ictère chronique.

La voici, au reste, résumée, nous la discuterons après l'avoir exposée.

F... (Célestin), 42 ans. Palefrenier. Élevé en Savoie ; pas de fièvres intermittentes. Séjour dans la Bresse, de 13 à 18 ans. Là quelques accès de fièvre intermittente précédés de frissons et suivis de sueurs.

De 19 à 36 ans, séjour à Paris ; bien portant. A cette époque un médecin qui le soigne pour bronchite trouva qu'il avait le ventre gros et lui appliqua des pointes de feu à l'épigastre.

A partir de ce moment : abattement, somnolence, inappétence, manque de forces.

Octobre 1888 : accès de fièvre, frissons, sueurs. Accès quotidiens pendant quinze jours de suite ; cessation quinze jours et reprise à nouveau de la même manière malgré l'emploi de la quinine et de la liqueur de Fowler.

1890. Admission à l'hôpital Saint-Antoine.

On diagnostique une hypermégalie hépatique avec ictère. Nouveaux accès de fièvre (maxim. 41°). Sort au bout de deux

1. Lancereaux. *Traité des maladies du foie et du pancréas*. Paris, 1899. Hépatite paludique, p. 346.

2. Lancereaux. *Loc. cit.*, observation, p. 357.

mois : nouveaux accès de fièvre. Accroissement de la faiblesse.

1894. Admission nouvelle à Saint-Antoine (séjour de mai à août).

La perte de l'appétit, l'intensité de l'ictère, une faiblesse générale, des vertiges nécessitent son entrée à l'Hôtel-Dieu (service de M. Lancereaux).

27 août 1894 : L'examen du malade décèle une teinte jaune, brunâtre, bronzée de la peau, un prurit intense.

Foie volumineux ; commence entre la quatrième et la cinquième côte et descend en bas jusqu'à l'ombilic.

Rate énorme. Petit diam : 18 à 19 centimètres.

— Grand diam : 28 à 29 centimètres.

Urines des vingt-quatre heures : 1 l. 1/2.

« Le malade se plaint de pesanteur et de somnolence à la suite des repas, de ballonnements du ventre, d'éruptions gazeuses et de constipation ; il a des pituites tantôt blanches, tantôt vertes le matin à son réveil, des nausées et des efforts pénibles de vomissements. Le sommeil est mauvais, le malade accuse des cauchemars et des rêves terrifiants, des réveils en sursaut et en sueur, des crampes dans les mollets, la nuit surtout, et enfin des picotements et des fourmillements dans les pieds. Il y a une hyperalgésie très marquée au niveau de la plante des pieds qui, jointe aux phénomènes précédents, conduit à reconnaître un certain degré d'intoxication par les boissons avec essences, et en effet le malade reconnaît qu'il prend chaque jour plusieurs apéritifs (absinthe, amer Picon, vermouth). Néanmoins, ajoute M. Lancereaux, en présence des phénomènes observés chez lui, nous n'hésitons pas à porter le diagnostic de : hépatite et splénite paludiques. »

D'août à octobre état stationnaire. La température oscille de 35°5 à 37°.

15 octobre 1893: Ce jour-là survient: « Vers 3 heures du soir un violent frisson suivi de chaleurs et de sueurs abondantes et ce même accès se répète quotidiennement jusqu'au 17 novembre, malgré l'administration quotidienne de 1 à 2 grammes de quinine. La température du matin qui est de 35°9 à 35°5, monte au moment de l'accès jusqu'à 39° et plus. »

En 1895 accès de fièvre irréguliers. Le foie est descendu jusque dans la fosse iliaque. La rate mesure 17/26.

« La température oscille entre 36° et 38° mais de temps en à autre vers 3 heures du soir, elle monte brusquement jusqu'à 39° et même 39°5 tandis que le malade éprouve des frissons... Ces accès se montrent d'une façon irrégulière, de préférence au printemps et à l'automne, parfois aussi pendant l'été; ils se manifestent d'abord tous les quatre ou cinq jours puis tous les quinze ou vingt jours. »

La mort survient en décembre 1896 après une diminution progressive des forces et du poids du corps.

De cette observation on peut dégager les réflexions suivantes : l'individu présentait au plus haut degré les signes d'une imprégnation alcoolique de vieille date. En outre, on notait chez lui, comme on le fit à Saint-Antoine, tout le cortège symptomatique d'une cirrhose hypertrophique avec ictère. Il est bon de remarquer que son séjour dans la Bresse fut marqué de quelques accès seulement de fièvre intermittente ; et que de 19 à 36 ans il n'eut aucune atteinte de fièvre. Les accès notés à partir de ce moment ne furent influencés nulle-

ment par le sulfate de quinine puisque l'on était en présence d'accès fébriles dus à des accès hépatiques.

En nous reportant de nouveau au Traité de MM. Kelsch et Kiener nous constatons la présence d'hépatites chroniques paludéennes qui ne sont en dernière analyse, comme le nota M. Lancereaux, que des cirrhoses alcooliques. Et cette cachexie qui survient, ne tient nullement à une atteinte de malaria antérieure, mais bien à l'alcoolisme.

Dans le premier cas (1), il s'agit d'un maréchal des logis de spahis de 39 ans, entré à l'hôpital de Biskra le 26 mars 1873. « Habitudes alcooliques ». Vers l'âge de 29 ans ce malade aurait eu « une forte atteinte de fièvres palustres. » Depuis, il a des accès irréguliers revenant à des intervalles éloignés. Détaché dans le Sud Algérien, ce sous-officier eut en octobre 1872 « une fièvre grave avec perte de connaissance, délire, vomissements et diarrhée ». Puis « un état dyspeptique avec vomissements bilieux, fréquents retours de la diarrhée, teinte subictérique des téguments, tuméfaction douloureuse des hypocondres a amené progressivement une anémie profonde et la perte des forces. » A Biskra « on a constaté une cachexie profonde, muqueuses pâles, sclérotiques jaunâtres ; hébétude, parole lente et difficile, marche chancelante, vertiges, rêves nocturnes, tremblement des mains. Foie volumineux, débordant les côtes de quatre travers de doigt, dur, lisse et douloureux à la pression.

« Rate tuméfiée, vomissements bilieux le matin, diarrhée incessante ; dix à quinze selles liquides par jour ; soif vive ; langue

1. Kelsch et Kiener. *Loco citato*, p. 695.

sèche. » La fièvre baisse pendant un certain temps, puis prend une marche rémittente et la mort survient le 18 avril.

Ainsi le malade aurait eu des fièvres, mais : « sa robuste constitution demeurerait cependant intacte ». De plus les accès ultérieurs ne sont pas caractérisés. En revanche, nous voyons décrits tous les signes de l'intoxication éthylique que l'anatomie pathologique vient confirmer. Le foie est volumineux (2.575 gr.), « bords mousses, consistance ferme, aspect muscade... La capsule adhérente partiellement au diaphragme est soulevée par une multitude de granulation miliaires jaunâtres ».

Dans le second cas (1) il s'agissait d'un journalier maltais, âgé de 55 ans, qui aurait contracté les fièvres intermittentes trois ans auparavant dans la région de Bône. Les accès au début sont « rebelles mais sans gravité ; depuis lors, accès rares et irréguliers ; il fait usage journalier d'anisette, notamment à jeun le matin », mais affirme n'avoir jamais fait d'abus.

A l'entrée à l'hôpital, dysenterie, gonflement du ventre, œdème léger des membres inférieurs. Épanchement ascitique avec tympanisme. Circulation veineuse de la région des hypocondres, diminution de volume du foie, hypertrophie de la rate. Selles muqueuses et sanglantes, augmentation progressive de l'ascite, ponction abdominale. Écoulement de sérosité pendant vingt-quatre heures. Péritonite. Mort un mois après l'entrée à l'hôpi-

1. Kelsch et Kiener. *Loco citato*, p. 698.

tal. A l'autopsie on trouve un foie pesant 1.300 grammes, petit, avec une capsule foncée et une surface granuleuse. Les granulations sont en très grand nombre.

Il ressort de l'observation même que les accès de fièvre intermittente furent sans gravité, peu fréquents et irréguliers. Dès lors, pourquoi faire jouer un rôle à « ces antécédents palustres » ? Ces accès tenaient sans nul doute à l'état de son foie. Notons, en outre, qu'ici encore nous nous trouvons en présence d'un éthylique chronique. Cette ingestion quotidienne d'anisette, même sans abus, permet de réaliser ce type de l'alcoolisme lent, discret mais sûr.

Si nous poursuivons l'analyse par une autre série d'observations parues dans les *Archives de Physiologie* (1) il s'en faut de beaucoup que nous puissions orienter notre conviction dans le sens du paludisme. Résumons ces cas :

1° Un disciplinaire âgé de 25 ans entre à l'hôpital de Bône, le 15 mars 1875. Il avait eu des accès de fièvre intermittente et venait d'être « soumis à de durs châtements, prison et séjour prolongé dans un silo ». Mort le 26 avril, après avoir présenté de l'ascite, des épistaxis abondantes et de l'ictère. L'autopsie révèle un foie diminué quant aux diamètres transverse et antéro-postérieur ; la surface présente « un fond de couleur noirâtre sur lequel font saillie des tumeurs jaunes du volume d'un grain de mil à celui d'une noix ». Rate triplée de volume. La rubrique

1. Kelsch et Kiener. *Archives de physiologie normale et pathologique*. Des affections paludéennes du foie. Année 1878, 2^e série, tome V.

de l'observation porte : Cachexie palustre terminée par ascite, ictère intense, somnolence et hémorragies. (Obs. I, p. 356. *Loco citato*. Année 1879, 2^e série. Tome VI).

2^o Un journalier de 40 ans qui « a eu tous les étés des fièvres intermittentes sans symptômes graves » eut six semaines avant son entrée à l'hôpital une nouvelle atteinte de fièvres intermittentes et continua néanmoins son travail. Il entre à l'hôpital pour ascite due à une cirrhose éthylique. Six mois après il « succombe dans la cachexie avec un ensemble de symptômes (ictère faible, somnolence, pétéchies reproduisant dans leur expression atténuée les phénomènes caractéristiques de l'ictère grave ». Foie clouté (1.573 gr.) Plusieurs litres de sérosité dans le péritoine. Rate = 800 grammes.

Le paludisme est incriminé (Obs. II, p. 360 et p. 367, *loc. cit.*).

3^o L'observation de Bel Kassem ben Amar (40 ans) est intitulée : Cachexie paludéenne, cirrhose nodulaire. (Obs. III, *loc. cit.* p. 368). On ne sait rien pourtant sur cet individu « mort subitement la veille à la colonie pénitentiaire d'Ain-el-Bey où il était détenu. Le médecin chargé du service de santé de l'établissement ne put nous donner aucun renseignement car le sujet en question ne s'est jamais présenté à la visite ».

4^o « Ch..., 40 ans, amené à l'hôpital de Philippeville le 7 décembre 1876 ; il a été trouvé sans connaissance, étendu sur la grande route près de Jemmapes ; on ignore ses antécédents » (Obs. IV, p. 597). Meurt dans la nuit du 7 au 8 sans avoir repris connaissance, et après des manifestations de méningite cérébro-spinale, comme le déclarent les auteurs de l'observation (1).

1. Kelsch et Kiener. *Annales de Physiologie normale et path.*, 2^e série, 1878, tome V.

De ces quatre observations il y en a deux qui appartiennent aux cirrhoses alcooliques.

L'observation I est une cirrhose de Laënnec, l'observation II est une cirrhose hypertrophique. La manière dont ces individus furent traités n'est point enregistrée. Dans l'observation III on ne sait rien sur l'indigène, puisque de son vivant il n'a jamais été à la visite et qu'il est mort subitement. Dans l'observation IV où l'on ne fait pas intervenir, il est vrai, la « cachexie paludéenne », l'hépatite parenchymateuse est déclarée paludéenne malgré l'ignorance avouée des antécédents.

Les faits cliniques rapportés par Véron dans son travail sur « les cirrhoses paludo-alcooliques » ne sont pas plus démonstratifs.

OBS. I. — (1) Homme de 50 ans « *baveur* et paludéen », entre à l'hôpital de Philippeville le 3 octobre 1882. Malade depuis un mois.

Troubles digestifs, perte d'appétit. Constipation. Léger ictère Région splénique douloureuse. Rate et foie légèrement augmentés de volume. Ascite quinze jours après l'entrée. Vénosités abdominales. Ictère plus intense. « Surviennent intercurrentement des accès de fièvre palustre à type tierce. » Évolution rapide. Amaigrissement. Diarrhée bilieuse.

Au bout d'un mois et demi de séjour dans le service le malade meurt dans la *cachexie*. Autopsie : 4 litres de liquide dans le péritoine. Foie : 1.750 grammes. Surface lisse, la coupe est dure. Aspect granulé de la coupe.

1. Véron. *Archives générales de médecine*. Année 1884, 7^e série, 2^e semestre, p. 314, 315, 316 et 317.

OBS. II. — « A..., marchand de vins à Robertville, a eu de nombreux accès de fièvre palustre : les derniers remontent au mois d'août et l'ont quitté au mois de septembre. » A ce moment perte d'appétit, douleur de l'hypocondre gauche. Le travail est encore possible. « Un mois après, il commence à enfler, et il se décide à entrer à l'hôpital. » Foie légèrement hypertrophié. Teinte subictérique. Quelques vénosités abdominales. Diarrhée légère. « Rate assez volumineuse et douloureuse. » Séjour d'un mois et demi à l'hôpital. « Il maigrit, *se cachectise rapidement* et meurt trois mois et demi après le début de l'affection. » Autopsie : Dans l'abdomen, « 5 litres environ d'un liquide citrin. »

Foie : 1.700 grammes. Pas de granulations. La coupe est dure. Aspect granulé.

OBS. IV. — « Du..., garde champêtre, 48 ans, paludéen et très alcoolique entre à l'hôpital de Blidah le 15 décembre. » Malade depuis un mois. A cette époque, perte d'appétit, vomissements, constipation. Douleur sourde dans l'hypocondre droit et dans la région splénique. On constate pendant son séjour à l'hôpital (du 15 décembre au 1^{er} février) : légère hypertrophie de la rate et du foie, douleur à la pression dans ces deux régions, « ictère tenace et généralisé », légère ascite. Amaigrissement. Sorti le 1^{er} février, rentre le 18 mars « *dans un état de cachexie profonde* ». Ictère très intense, fortes douleurs aux hypocondres, ascite en quantité moyenne, vénosités abdominales, émaciation squelettique. Diarrhée bilieuse très intense. Mort six jours après son entrée à l'hôpital, 4 mois environ après le début de la maladie. Autopsie : 3 litres de liquide dans le péritoine. Foie 2.100 grammes, dur, jaunâtre ; la coupe est ferme. Rate « assez volumineuse ».

Nous n'avons pas parlé de l'observation III qui concerne « un ex-gendarme *alcoolique invétéré* », l'auteur ne disant pas qu'il meurt de cachexie. Ce décès est dû à une cirrhose hypertrophique alcoolique.

La description clinique jointe aux résultats de l'autopsie montre dans les trois cas trois cirrhoses hypertrophiques alcooliques. Dans deux observations (I et II) les antécédents des malades sont fort incomplets. Puis la question ne s'est même pas posée de savoir si les accès de fièvre étaient légitimes mais bien plutôt symptomatiques et dus à l'état d'un foie alcoolique. Ici encore, le traitement avant et pendant le séjour à l'hôpital n'est pas relaté. Et enfin, chose à peine croyable, il n'est même pas fait mention de la rate à la nécropsie. Dans l'observation IV nous savons seulement que l'organe splénique était assez volumineux.

Parmi les *affections du tube digestif* qui se sont introduites dans le cadre de la cachexie paludéenne, nous devons signaler les troubles gastro-intestinaux. Eux aussi, jouent un rôle considérable dans la pathologie des pays chauds, de l'Algérie notamment. Pendant les années qui suivirent la conquête on les nota fréquemment chez des soldats dont beaucoup peu ou point acclimatés n'observaient pas vis-à-vis des boissons une tempérance suffisante. Pour des causes différentes, il en était et il en est encore aujourd'hui absolument de même chez les indigènes. La principale cause occasionnelle de ces troubles gastro-intestinaux, d'abord passagers puis chroniques, relève du Ramadan (époque du jeûne dans la religion musulmane). Finot l'avait noté

en 1844 dans le *Recueil de mémoires de médecine militaire* (1) : « Le Ramadan qui dure quarante jours est l'époque où ils (les Arabes) fournissent le plus d'affections gastro-intestinales. Habités à une vie régulière ils se voient tout à coups forcés d'observer pendant le jour, c'est-à-dire de minuit au coucher du soleil, la diète la plus sévère d'aliments et de boissons ; et le soir, au coup de canon, ils compensent ces longues heures de jeûne par un repas copieux qui se prolonge jusqu'à minuit, qu'ils accompagnent de chants et de danses sans se livrer pour ainsi dire au sommeil. »

Or ces affections gastro-intestinales se traduisent toujours chez les indigènes par une augmentation de volume de la rate, et souvent du foie, de la dyspepsie, une teinte parfois jaunâtre, du subictère et quelquefois même, mais beaucoup plus rarement, de l'ictère. Il faut bien savoir que l'auto-intoxication, les angiocholites, l'infection en un mot, peut déterminer chez eux comme chez les Européens des accès de fièvre. Il n'est pas permis d'ignorer que ces accès ressemblent trait pour trait aux accès de fièvre parfaite (2). Et il faut se convaincre

1. Finot. *Recueil de mémoires de médecine militaire*. Année 1844 (Compte rendu du service médical de l'hôpital militaire de Blida, 1842).

2. Dans son livre, Combe (de Lausanne) a consacré deux pages à la fièvre intermittente gastro-intestinale, manifestation déjà décrite — en particulier par Comby — mais pas encore assez connue, surtout dans les pays chauds. Il cite le cas d'un jeune confrère « traité longtemps pour la malaria, malgré l'examen négatif du sang et l'insuccès de la quinine à doses énormes (3 à 4 gr. par jour) ». *L'auto-intoxication intestinale*. Paris, 1907, p. 187.

que la cachexie naît souvent de ces états, engendrée soit par une aggravation de l'infection soit par une thérapeutique irrationnelle.

En 1896, A. Treille, dans une communication au congrès de Carthage, a montré comment il fallait comprendre ces états groupés par lui sous la dénomination de *mégalosplénose* et confondus jusqu'alors avec le paludisme. « Les fièvres intermittentes parfaites à quinine ne créent pas la mégalosplénie. Elles n'entraînent pas non plus, à proprement parler, d'anémie, qui n'accompagne guère que la quotidienne et disparaît dès l'intervention avec le spécifique, à la condition de laisser les malades manger à leur guise en dehors des accès. On peut abandonner indéfiniment la fièvre quarte notamment — le type le plus fixe — à elle-même, sans voir l'anémie ni la mégalosplénie se produire ; les malades acquièrent même de l'embonpoint tout en continuant à subir leurs accès. L'anémie et la mégalosplénie peuvent, en revanche, se montrer dans des infections fébriles variées, continues le plus ordinairement, ou des intermittentes, mais non à quinquina, ni les unes ni les autres.

« La mégalosplénose est avant tout la maladie de la rate (tihal ou tihan) chez les indigènes. Le cas type est apyrétique ; la fièvre, lorsqu'elle se montre avec la poussée splénique, n'est, règle générale, qu'une bouffée s'éteignant aussitôt, tandis que la rate augmente de volume.

« Une triade symptomatique la caractérise : anémie,

Dr A. Treille. De la mégalosplénose. Des états dénommés anémie et cachexie paludéennes. (*Bulletin de l'Assoe. franç. pour l'avancement des sciences*. Carthage, 1896. T. I, p. 228.)

troubles gastriques, tuméfaction plus ou moins prononcée de la rate. Le rein et le cœur sont très exceptionnellement touchés. Pas d'albuminurie ni de glycosurie. La bronchite est fréquente. Les complications pulmonaires sont les plus redoutables de toutes pour ces malades. Cette affection guérit le plus ordinairement, ou bien l'on voit des mégalospléniques conserver pendant de longues années une grosse, très grosse rate, sans en être autrement incommodés.

« La médication montre bien la véritable nature de la mégalosplénose. Elle n'a aucun rapport avec les maladies dites de malaria ou à quinquina. C'est une infection gastro-intestinale. Lorsque la rate est encore réductible, on peut obtenir du jour au lendemain, par le simple régime lacté, des diminutions très notables. C'est au lait, au régime avant tout, que l'on doit les meilleurs succès thérapeutiques. Les stomachiques et les antiseptiques intestinaux peuvent rendre des services. »

Les observations qui suivent vont confirmer cette manière de voir.

OBSERVATION XIII

(Communiquée par M. le Dr A. Treille). (*Inédite*).

Hypertrophie considérable de la rate avec faibles poussées fébriles. Inefficacité et impuissance du sulfate de quinine. Abandon du médicament. Régime lacté mitigé. Apyrexie consécutive et diminution rapide de la rate.

Sliman ben Saïd, 46 ans.

Entre à l'infirmerie de la prison de la Casbah d'Alger le 30 octobre 1890 pour un léger accès de fièvre (38°).

Mis en observation, il ne présente pas de fièvre le lendemain.

1^{er} novembre: T. 38°2.

2 — T. 38°4. Régime ordinaire.

3 — T. 38°. —

4 — T. 38°.

On lui donne à 9 heures matin, 2 grammes de sulfate de quinine.

La rate mesurée donne les dimensions 27/15.

5 et 6 novembre : Pas de fièvre.

Rate mesurée le 6 donne 24/15.

7 novembre : T. 38°.

8 novembre : T. 37°5.

1 gramme de sulfate de quinine à 7 heures soir.

9^e novembre : T. 38°.

1 gramme sulfate de quinine à 7 heures soir.

10 novembre : T. 38°.

1 gramme de sulfate de quinine à 7 heures soir.

11 et 12 : Apyrexie. Toujours même régime.

13 novembre : T. 38°.

Devant l'inefficacité de la quinine on a cessé d'en donner depuis le 11. Le malade est mis au régime suivant : Bouillon très léger, lait, pain, café.

Dimensions de la rate 24/13.

14 novembre : Apyrexie définitive jusqu'au 30 décembre date à laquelle le malade sort de l'infirmerie.

18 novembre : Dimensions de la rate 24/12.

20 — — — 21/11.

27 — — — 19/10.

1^{er} décembre : — — 16/10.

OBSERVATION XIV (*personnelle*).

Troubles gastro-intestinaux. Hypertrophie notable de la rate, et légère du foie. Aucune atteinte de fièvre intermittente.

Chniti ben Far. Domestique, 24 ans, à Bel-Imour (Cérez. Province de Constantine).

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Jusqu'en 1907 avait toujours été bien portant. Vers la fin de cette année, à l'époque du Ramadan, il présenta des troubles gastro-intestinaux (langue saburrale, constipation, inappétence) accompagnés de lassitude. N'a eu à aucun moment de fièvre « paludéenne ».

État actuel (avril 1908) : Teint jaunâtre terreux. Lésions cutanées probablement d'origine syphilitique. En ce moment appareil digestif en bon état.

Examen local : Rate verticale descendant à 5 cm. 1/2 de l'ombilic; facilement percutable.

Par la palpation on sent une échancrure en dedans.

Longueur : 19 cm. 1/2.

Largeur : 13 centimètres.

Foie : Déborde légèrement les fausses côtes.

Hauteur sur la ligne mamelonnaire 14 cm. 1/2.

Dès que cet indigène est soumis à un régime alimentaire convenable, à base lactée surtout, les troubles intestinaux disparaissent, en même temps que le teint s'éclaircit. Un séjour de quatre mois cet hiver au Sahara lui a fait beaucoup de bien. Il y a pris de l'iode de potassium qui lui a été donné par le Dr A. Treille. Le médicament a atténué beaucoup les manifes-

tations cutanées, mais a été sans influence sur la rate et sur le foie.

OBSERVATION XV. (*personnelle.*)

Rabah ben Oualli, 25 ans, demeurant dans la montagne aux Ouled Hanech (altitude de 800 à 900 mètres. Province de Constantine).

9 mai 1908. — Teint brun jaunâtre. Couleur subictérique des sclérotiques.

Abcès dentaire avec périostite au niveau des grosses molaires de la mâchoire inférieure. Écoulement de pus par la bouche.

Troubles gastro-intestinaux en décembre 1907. Amélioration produite par la tisane de racine de colombo.

Depuis la fin du Ramadan les troubles ont réapparu. Digestions difficiles. Pesanteur au niveau du creux épigastrique après les repas. Pas de vomissements. L'appétit est conservé, mais l'individu manque de force. Pas de fièvre intermittente antérieurement, ni actuellement.

Rate : Elle descend au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Douleur à la pression (1).

Longueur : 34 centimètres.

Largeur : 26 centimètres.

Foie : Déborde légèrement les fausses côtes.

Nous prescrivons à ce malade des tisanes amères et autant que possible un régime lacté.

1. La matité de la région de la rate est « ordinairement de 11 centimètres d'étendue dans le sens vertical et de 8 centimètres seulement en largeur. » Telles sont les constatations de Piorry, de Barth et Henry Roger. (Cf. leur *Traité pratique d'auscultation et de percussion*. 13^e édit. 1898).

OBSERVATION XVI (*personnelle.*)

Rillassi ben Djemaï, 33 ans, meunier, demeurant à Bel-Imour (Cérez).

Antécédents héréditaires : ignorés.

Antécédents personnels : Aucune manifestation hérédo-syphilitique.

14 mai 1908 : Traces de pointes de feu autour de l'ombilic pour coliques peut-être hépatiques. Ces coliques *auraient coïncidé avec l'époque du Ramadan.*

Teint jaunâtre. Sclérotiques subictériques. N'a. jamais présenté de fièvres d'accès.

Rate : Longueur : 26 cent. 1/2.

Largeur : 18 centimètres.

Foie : Longueur de la ligne mamelonnaire : 16 cent. 1/2.

Le malade se plaint d'avoir de temps en temps des coliques. Il dit avoir suivi en 1907 un traitement par l'huile de foie de morue et s'en être bien trouvé. Retire de bons effets de l'emploi de tisanes amères, gentiane, houbion, racine de colombo, du régime lacté et des œufs.

OBSERVATION XVII (*personnelle.*)

El Hadj ben Hasnaoui, 38 ans, métayer à Bel-Imour (Cérez, province de Constantine).

Pas de manifestations syphilitiques.

Antécédents personnels. — Troubles gastro-intestinaux dans

les premières années de sa vie. *Observe le Ramadan*. N'a jamais eu de fièvre intermittente. Langue blanchâtre.

Rate : Longueur : 23 centimètres.

Largeur : 14 centimètres.

Foie : Déborde un peu les fausses côtes. Cet indigène que le D^r A. Treille a pu suivre depuis vingt ans est un infatigable travailleur qui, malgré son hypersplénie remontant à un temps très ancien, jouit en somme d'une bonne santé. A différentes reprises, il a présenté ce que l'on peut appeler des poussées spléniques, pour lesquelles le D^r Treille lui a prescrit le régime lacto-végétarien avec des tisanes amères toujours avec succès.

Ne terminons pas ce qui a trait aux splénomégalias d'origine gastro-intestinale sans signaler *l'hypersplénie des mangeurs de terre*. Nous remercions très vivement le D^r E. Legrain (de Bougie) d'avoir bien voulu nous envoyer la note suivante sur les manifestations présentées par les géophages : « J'ai observé un type de splénomégalie particulier chez les géophages. Certains kabyles mangent de la terre : terre schisteuse, carbonatée, dont l'ingestion apaise la faim ; il est probable que l'acide carbonique dégagé lentement et continuellement dans l'estomac est le facteur de cette sensation.

« Tous ces géophages ont le teint terreux ; température subfébrile 37°5 le soir, troubles intestinaux variés. J'ai pu en étudier quelques-uns et mes observations concordent avec celles de mon distingué confrère, le D^r Claverie, ancien médecin de la marine, qui a eu occasion d'en étudier des cas en Kabylie. Il existé au bout d'un certain temps, chez les géophages de la *splénomégalie*.

« L'aspect du malade, les symptômes, l'examen du sang, la température, me permettent de rattacher avec beaucoup de probabilité cette splénomégalie à une infection banale des voies biliaires et à en faire un type voisin des types de Gilbert dans la cirrhose de Hanot. Ces malades sont améliorés et la splénomégalie diminue par le régime, les laxatifs, le repos.

« Les malades avouent parfois difficilement cette manie. Il faut rechercher leurs habitudes de géophagie, entretenue évidemment par leur misère inséparable de leur paresse habituelle. »

Les troubles gastro-intestinaux déterminant la splénomégalie et parfois la cachexie ne limitent pas encore les états cachectiques pris pour du paludisme. Une connaissance plus exacte des divers syndromes splénomégaliques nous éclaire de plus en plus sur les différents états cachectiques où la rate est en cause.

L'hypertrophie splénique se rencontre comme on le sait, dans l'*épithélioma primitif de la rate* (1) que M. le professeur Gaucher a été le premier à décrire. Ce sont des cas analogues qui ont pu faire admettre des cachexies paludéennes sans fièvre antérieure. Il est probable que si, dans le cas rapporté par M. le professeur Gaucher et avant qu'il examinât la malade, celle-ci avait eu des accès de fièvre, ou avait même simplement séjourné dans un pays réputé « paludéen », on aurait bien pu, au début, rattacher cette affection au paludisme.

1. Gaucher. *Thèse de Paris*, 1882, n° 31, p. 22.

Nous ferons la même remarque pour la *splénomégalie primitive de Debove et Bruhl* (maladie qui d'ailleurs est la même que celle décrite par M. le professeur Gaucher). Les observations 6, 9, 11 et 12 sont intéressantes, parce qu'on y voit outre une hypermégalie énorme une anémie et une cachexie progressives, et que l'erreur n'a pas été commise (1). Le fait mérite encore plus d'être souligné pour l'observation 13 empruntée à Lodi : Dans les antécédents du malade on relevait une fièvre tierce qui dura trois mois. Puis, quand l'affection fut établie, il y eut une fièvre vespérale irrégulière ; la rate mesurait à l'autopsie 19/22.

Beaucoup d'auteurs auraient été tentés de mettre cette mort au compte de la cachexie paludéenne.

A l'heure actuelle nous sommes obligés de faire une place à part à l'*ictère infectieux chronique splénomégalique*. Ce syndrome décrit par Hayem puis par Lévy (2) en a sûrement imposé pour du paludisme avant d'être identifié.

Bien que le malade de l'observation I ait eu des accès de fièvre à son retour du Sud Algérien et une hypertrophie manifeste de la rate, Lévy n'en fait pas pour cela une splénomégalie palustre. Les faits lui ont donné parfaitement raison. Combien d'autres seraient passés à côté du diagnostic !

Sans insister sur l'ensemble symptomatique de la

1. Cf. *Archives générales de médecine*. Ann. 1884, article : Splénomégalie primitive, par Bruhl.

2. Lévy (J). De l'ictère infectieux chronique splénomégalique. *Thèse de Paris*. Juillet 1898, p. 9 et p. 73.

maladie de Banti (qui se joindra, si son existence est réelle, aux états confondus avec la cachexie paludéenne), nous signalerons encore le *Kala-Azar*. « Jusqu'en 1903, écrit Wurtz (1), le Kala-Azar était confondu avec le paludisme, » Or, nous savons qu'on a signalé le Kala-Azar en Tunisie.

Il n'est pas jusqu'à la *syphilis* qui ne puisse dans certains cas et à une certaine période mettre le diagnostic en suspens.

« Le type intermittent, écrit le professeur Fournier (2), est sans contredit celui qu'affecte le plus fréquemment la *fièvre syphilitique* de forme essentielle... Dans leur forme la plus complète ils (les accès) se rapprochent plus ou moins de l'accès fébrile d'origine palustre, en ce sens qu'ils peuvent être décomposés en trois stades successifs où prédominent tour à tour le froid, la chaleur et les sueurs. Mais ils n'affectent que très rarement cette forme *parfaite*, s'il m'est permis de la gratifier ainsi ». Qu'il nous suffise donc de marquer au passage l'erreur que l'on peut commettre dans un pays « à malaria » si l'on ne prend garde à la physionomie générale de l'accès. Avant de faire entrer le paludisme en ligne de compte il est donc sage de ne pas prononcer tout de suite, si l'on n'est pas absolument sûr de son diagnostic. Comme preuve de ce que nous avançons, prenons à témoin un cas de Barthélemy (3) ; ainsi

1. Brouardel-Gilbert. *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*. Article de Wurtz, p. 230. Tome VI (1906).

2. Fournier. *Traité de la syphilis*, 1899, p. 627.

3. Barthélemy. Syphilis héréditaire tardive. Lésion du foie, *Archives générales de médecine*, 1884, p. 679.

qu'il est noté, c'est l'autopsie seule qui dissipa les incertitudes du diagnostic. Voici l'analyse de cette très intéressante observation intitulée :

Tumeur gommeuse du foie chez un enfant de 13 ans. *Hypertrophie de la rate*. Ascite. Mort par hémorragie à la suite de rupture d'une tumeur ombilicale variqueuse, qui communiquait avec un système des veines portes accessoires :

La petite V..., 13 ans, entre le 17 septembre 1863 à l'hôpital des Enfants. « Petite fille d'apparence délicate, dans un état cachectique avancé. *Elle a fait un séjour prolongé en Afrique* avec son père, militaire. *Elle y a contracté la fièvre intermittente* il y a six ans et depuis cette époque les accès se sont renouvelés plusieurs fois. » Question des antécédents syphilitiques non élucidée. Aucune trace de syphilis actuelle. Depuis quelque temps augmentation sensible du ventre. Ascite considérable. « La rate descend jusque dans la fosse iliaque gauche. » Pas d'inégalité à la palpation. Matité hépatique plutôt diminuée. Dilatation très marquée des veines de la ligne abdominale. Pas d'œdème des membres inférieurs. La teinte des téguments est devenue subictérique (fin octobre). L'ascite augmente. Mort par rupture de la varice, le 5 novembre.

Autopsie : Rate, 22 centimètres dans le sens vertical ; 12 centimètres dans le sens antéro-postérieur. *Aspect normal en coupe*.

Foie : Induré dans son ensemble ; aspect mamelonné. Tractus fibreux.

Atrophie de l'organe (800 gr.) : M. Cornil fait l'examen histologique et reconnaît *des gommès*.

La syphilis peut si bien jeter le malade *dans un état voisin de la cachexie* qu'on peut lire dans une thèse

récente un cas d'*anémie syphilitique* prise systématiquement pour une anémie pernicieuse paludéenne. L'auteur nous dit bien que son malade est un « paludéen chronique », mais il oublie d'étayer son diagnostic (1). Il ne remarque pas qu'il se trouve en présence d'un syphilitique (chancre induré, roséole syphilitique et plaques muqueuses lors de l'entrée à l'hôpital) et que la guérison vient directement d'un traitement méthodique suivi et répété avec des injections de biodure.

Nous avons réservé pour la fin le mémoire fondamental *de la cachexie paludéenne*, dû à Catteloup (2).

Voyons si l'on peut accorder un crédit réel aux dix-huit observations qui constituent la partie clinique du mémoire de Catteloup. Il serait fastidieux de les énumérer toutes ; nous analyserons les principales :

OBS. III. — P..., chasseur au 10^e bataillon : « Entra le 21 octobre 1845 dans mon service pour une fièvre quotidienne contractée à Lalla-Marghnia. Après plusieurs rechutes il tomba dans la cachexie, puis dans un état typhoïde compliqué de bronchite. Un ulcère gangréneux lui rongea la joue gauche. Il mourut le 26 janvier 1846. *Le foie et la rate étaient à l'état normal* et nous ne trouvâmes point d'ulcérations dans l'intestin. »

On peut s'étonner de ne pas être mieux renseigné : 1^o sur les antécédents du malade ; 2^o sur le début de la

1. Du syndrome anémie pernicieuse d'origine paludéenne. Crébassol. *Thèse Montpellier*, 1904, obs. IV, p. 61.

2. Catteloup. De la cachexie paludéenne en Algérie. (*Recueil de mémoires de médecine et chirurgie militaires*, t. VIII, p. 21 et suiv.) Année 1851.

fièvre ; 3° sur l'heure des accès ; 4° sur le nombre des rechutes ; 5° sur les manifestations présentées à l'hôpital ; 6° sur les dimensions de la rate durant la maladie ; 7° sur le traitement préconisé ; 8° sur les symptômes mêmes de la cachexie ; 9° on ne s'explique pas, si l'on admet l'hypertrophie de la rate à la suite d'accès « paludéens », comment celle-ci a pu rester normale.

Obs. 4. — D..., chasseur, 23 ans.

Entré à l'hôpital le 4 décembre 1842.

Premier séjour du 12 novembre au 29 novembre « pour une fièvre quotidienne ».

4 décembre revient à l'hôpital : Symptômes d'embarras gastrique fébrile.

Le malade reçoit une dose de 6 décigrammes de quinine par jour. Du 25 décembre au 6 janvier, amélioration. « *La matité splénique est très peu étendue.* »

Malgré la quinine, le vin de quinquina, le sous-carbonate de fer, les forces ne reviennent pas.

24 janvier. — A cette date : la cachexie était parfaitement déclarée : Teint jaunâtre de la peau ; lèvres minces, décolorées ; langueur dans la physionomie ; faiblesse extrême ; embonpoint conservé ; demi-surdité ; constipation, ventre souple. *La rate et le foie sont à l'état normal.* Point d'œdème. On continua les toniques, les diurétiques, le vin de canelle, le quinquina, le sous-carbonate de fer, l'azotate de potasse, le sous-acétate d'ammoniaque ; frictions sèches et aromatiques sur la peau. Le malade sort parfaitement guéri le 6 mars.

1° Aucun renseignement précis sur la fièvre ; 2° lacune

entre le 6 et le 24 janvier, jour où l'on déclare la cachexie établie.

OBS. 5. — Elle concerne un nommé H... du 9^e chasseurs, qui était entré à l'hôpital, « pour une fièvre gastrique plusieurs fois récidivée et qui avait pris naissance au camp de la Tafna. » En raison des symptômes suivants : « Etat cachectique, vomissements opiniâtres, constipation, fièvre nulle », foie volumineux, *rate grosse* (15/11 cm.) M. Catteloup pose le diagnostic de cachexie paludéenne, n'accordant, semble-t-il, aucune importance à « une tumeur globuleuse au centre de l'épigastre sous la paroi abdominale à laquelle elle n'adhère nullement. » Un aide-major plus avisé, pose au contraire le diagnostic de « Squirrhe du pylore » (1). L'autopsie le prouve surabondamment : le foie est cancéreux ; tous les ganglions du mésentère sont pris et la plus grosse tumeur « comprime le pylore. » Pas d'œdème, ni traces d'ascite.

Nous ne nous attarderons pas à discuter cette observation. Nous retiendrons simplement l'aveu de Catteloup : « Nous avouons n'avoir point diagnostiqué dans ce cas pendant la vie, l'altération que nous devions plus tard constater dans le foie. *Nous en sommes très souvent réduit à n'avoir de positif sur ces affections que ce qui nous est révélé à l'autopsie : les lésions anatomiques.* » Tout commentaire affaiblirait la portée de ces lignes.

1. Rappelons que dans le cancer de l'estomac, lorsque la fièvre existe « elle revêt presque toujours le type intermittent, et ses accès sont comparables à ceux de la fièvre paludéenne. » (Courtois-Suffit. Maladies du tube digestif, p. 350, in *Manuel de médecine*, Debove-Achard. Tome V, 1895).

OBS. 6. — Elle vise un nommé B..., 24 ans, qui entre à l'hôpital d'Oran pour « des fièvres gastriques quotidiennes » dont il est atteint depuis huit jours. C'est tout ce que nous savons de ses antécédents. Ce qui est certain c'est qu'après quelques jours d'un traitement qui ne nous est point révélé, l'individu est pris « tout à coup d'un refroidissement » qui détermine de l'ascite, de l'anasarque. Pour combattre cet état on lui donne de la quinine à hautes doses ; il meurt en peu de temps.

Le protocole d'autopsie est muet sur les lésions rénales, ce qui pourtant valait la peine d'être rapporté, puisque nous avons affaire à une banale néphrite *a frigore* aggravée par le traitement quinique. L'auteur nous fait connaître les dimensions de la rate (19/13 cm.) mais nous ignorons ce qu'elles étaient du vivant de l'individu. Le foie a une « couleur bleue ».

Dans la plèvre et le péricarde on note un épanchement de liquide. Signalons une fois de plus le vague très grand qui plane sur cette fièvre gastrique dont les manifestations ne sont même pas décrites.

OBS. 7. — Il s'agit d'un nommé M..., 34 ans (remplaçant, soldat du 2^e escadron du train).

Entré dans le service le 23 octobre 1850 « pour une ascite énorme avec anasarque suite de fièvres contractées à la Tafna ; deux mois d'invasion ».

A son entrée quoique ce soit « un paludéen » *la rate est normale*, ce dont il faut une fois de plus s'étonner, si l'on admet que la fièvre paludéenne fait gonfler la rate. Pendant le séjour à l'hôpital se déroule le tableau de l'anasarque avec œdème du

poumon. Il y a des « accès de fièvre qui mouillent le lit ». Bref après le traitement institué pour combattre l'anasarque le malade guérit.

Une fois de plus il n'y a aucune précision sur le caractère de cette fièvre avant et pendant le séjour à l'hôpital. Est-elle quotidienne ? Est-elle tierce ? Est-elle quarte ? Ces accès viennent-ils le matin ou le soir ? Ce malade a-t-il un pouls très fréquent ? Dans quelles conditions l'homme a-t-il contracté sa fièvre ? Et nous serions en droit de poser beaucoup d'autres questions : il serait intéressant de savoir si cette ascite est venue subitement ou lentement.

Obs. 8. — Il s'agit d'un nommé P..., en Afrique depuis trois ans, c'est-à-dire acclimaté, qui avait dans ses antécédents une « fièvre gastrique » et des manifestations hépatiques ; il est emporté au bout de un mois et demi. « *Le foie et la rate sont à l'état normal.* »

Obs. 9. — B..., 9^e chasseurs, 25 ans.

« Tombé malade au camp de la Tafna depuis le mois d'août 1850. Traité à l'hôpital avec le sulfate de quinine, il sortit au bout de quelques jours. »

Entre le 11 décembre à l'hôpital où l'on diagnostique une cachexie paludéenne : « état cachectique caractérisé par une teinte jaunâtre de la peau, fièvre tous les soirs. Anorexie, abattement ; légère ulcération dans le pharynx. » Malgré le sulfate de quinine, les toniques amers le malade a une céphalalgie opiniâtre. « La fièvre devient continue ». Œdèmes des extré-

mités et des paupières ; ascite. On donne du sulfate de quinine à la dose de 3 grammes par jour entre le 25 et le 30 ce qui n'empêche nullement la réapparition des accès à cette date. On donne alors la quinine en lavement (3 gr.). « Mais le pouls reste fréquent et la peau se couvre de sueurs qui affaiblissent le malade. »

Le malade meurt le 14 janvier après avoir présenté du strabisme.

Autopsie. — Embonpoint conservé. « Le volume du foie est à l'état normal. Son tissu est un peu plus dense. *La rate n'a pas augmenté de volume.* Elle est fixée par des adhérences fibreuses très denses et anciennes au diaphragme et à la paroi de l'hypochondre. » Il n'est pas fait mention de l'état des reins et des autres organes.

Obs. 10. — P..., chasseur au 10^e bataillon, 22 ans.

« A eu la fièvre pendant les mois de janvier et de février, contractée primitivement à l'Isser pendant les chaleurs. Traité à la caserne par le sulfate de quinine. »

Entré le 6 février 1842. Mort le 10 après ascite, anasarque, nausées, vomissements, état typhoïde, délire, coma.

Traité par « le sulfate de quinine à haute dose ; révulsifs puissants. »

Il s'agit d'un mal de Bright très probablement. L'auteur range lui-même ce cas dans les hydropisies méningiennes. La muqueuse de l'estomac « rougie par plaques, offre une multitude de plis qui laissent de profondes rainures ». « *Le foie et la rate ont leur volume normal.* » L'état des reins n'est pas mentionné.

Obs. 11. — Il s'agit ici d'un soldat qui avait eu pour la quatrième fois « une fièvre rebelle ». Comme il a de l'œdème des extrémités et de la face, de l'ascite et un teint cachectique on pense à la « cachexie paludéenne ». L'individu meurt au bout de sept jours. A l'autopsie : « La substance des reins est pointillée de sang. *La rate est très petite* et adhère à la paroi costale au moyen d'une plaque fibreuse très dense. »

Obs. 12. — B..., qui entre à l'hôpital le 8 octobre (?) pour une fièvre quotidienne contractée aux environs de Lalla-Marghnia meurt subitement. « L'ouverture du crâne laisse échapper un bon verre de sérosité sanguinolente qui comprimait le cerveau. »

Obs. 13 (*in extenso*). — Y..., 24 ans, entré le 8 octobre 1845 pour une ascite et une anasarque consécutive aux fièvres. Mort subitement, sans signes précurseurs, le 5 janvier suivant.

Autopsie. — Sérosité abondante dans le crâne et dans l'abdomen. *Le volume du foie et de la rate est excessivement petit*, et leur tissu est très dense. Le foie est aplati comme la rate du cheval.

Obs. 14. — C..., considéré comme « cachectique paludéen » parce qu'il avait « des fièvres qui revenaient tous les quinze ou vingt jours ».

Mort subite par hydropisie méningienne. « *Le foie et la rate ne sont pas volumineux.* »

Obs. 15. — Mort subite due à des phénomènes méningés.

Obs. 16. — Soldat qui entre dans le service « pour une fièvre rebelle ». Il y meurt presque subitement d'un œdème de la

glotte confirmé à l'autopsie. Aucun détail sur la fièvre et le traitement, *aucune mention sur la rate à l'hôpital comme à l'amphithéâtre.*

Obs. 17. — Elle rapporte le cas d'un homme qui avait un simple embarras gastrique fébrile. Ce soldat en guérit du reste, mais non sans avoir présenté les symptômes d'une intoxication quinique très nette (démarche titubante, ivresse quinique); l'auteur doit sans doute considérer cette intoxication comme une manifestation de la cachexie paludéenne. *Il n'est pas question de la rate.*

Obs. 18. — C'est un soldat qui aurait eu de la cachexie paludéenne à la suite d'une fièvre tierce: « *Le foie et la rate avaient une matité normale.* » Symptômes analogues au cas précédent. Guérison.

Pour ces deux derniers cas, il est évident que l'auteur a été cruellement embarrassé. Aussi croit-il bon de les ranger sous le nom de *névroses du mouvement* et de dire, avant de les rapporter: « *Nous sommes obligé de désigner sous ce nom un état général qui, sauf les symptômes que nous allons décrire, ne présente de la cachexie paludéenne dont il fait partie, que les altérations de la peau avec un commencement d'anémie. Le malade n'offre aucune lésion appréciable dans les viscères. Le foie et la rate ont leur volume normal (1).* »

Malgré ces restrictions, le mémoire de Catteloup ne saurait entraîner notre conviction. Remarquons bien que l'auteur nous dit lui-même que « dans la cachexie,

1. Catteloup, *loc. cit.*, p. 61.

on rencontre fréquemment un engorgement de la rate compliquant des accès fébriles » (1), il a même soin de revenir sur ce point ; « on voit souvent, dit-il, des engorgements et des ramollissements de la rate et du foie à l'autopsie de ceux qui ont succombé à la suite de fièvres. (2) »

Or, dans les 18 observations de ce mémoire fondamental, sur lequel se sont appuyés tous ceux qui ont écrit sur la cachexie paludéenne, voici ce que nous trouvons :

- 8 cas, où la rate est de dimensions normales.
- 2 cas, où — est diminuée de volume.
- 2 cas, où — n'est pas mentionnée.
- 1 cas, où — est hypertrophiée consécutivement à un cancer du pylore.
- 5 cas, où — est hypertrophiée par suite d'infections diverses.

Dans les cas suivis de mort et d'autopsie l'aspect de la rate et sa consistance à la coupe ne sont pas signalés, sauf un ou deux cas où les renseignements donnés sont par trop succincts.

Tel est le mémoire qui est le point de départ et même plus, *la clef de voûte de la cachexie paludéenne*. Comme nous l'avons montré par l'examen des faits cliniques et anatomo-pathologiques on a accordé à ce travail un crédit vraiment injustifié.

Si nous interrogeons l'*anatomie pathologique* au cas

1. *Id.*

2. *Id.*, p. 4.

où on l'invoquerait pour plaider l'entité de la cachexie paludéenne, ici encore, nous ne pouvons avoir de réponse satisfaisante.

Déjà, en 1867, Duboué (1) s'exprimait ainsi : « Un premier fait nous frappe dans les lésions produites par l'infection paludéenne c'est qu'aucune d'elle n'est constante, c'est que toutes même peuvent venir à manquer. »

Certains auteurs sont bien obligés d'avouer qu'« en Algérie, par exemple, il est très fréquent de voir le paludisme coïncider avec l'alcoolisme ou avec la syphilis et lorsque les malades viennent à succomber, il est très délicat, à l'autopsie, de faire la part de ces différentes maladies ; le plus souvent il faut y renoncer. Alors même que le sujet n'était ni alcoolique, ni syphilitique, on n'est pas autorisé pour cela à mettre au compte du paludisme toutes les lésions trouvées à l'autopsie (2). »

Le fait s'est produit, cependant, nombre de fois. La véritable nature de la lésion a échappé trop souvent à ceux qui pratiquèrent des autopsies. Aussi faut-il savoir gré à Duboué d'avoir très sincèrement reconnu son erreur pour le cas supposé fièvre larvée comateuse, traité par la quinine et reporté, sur la table d'amphithéâtre, à un « mal de Bright très avancé ».

En ce qui concerne les lésions anatomiques du *foie* nous avons déjà montré (Chap. I) les divergences profondes qui existent parmi les auteurs. Nous avons vu

1. Duboué. *De l'impaludisme*. Paris, 1867, p. 133 et p. 130

2. Laveran. *Traité des fièvres palustres*, p. 85.

comment des cirrhoses alcooliques et des cirrhoses biliaires avaient été interprétées à tort comme « paludéennes » (Chap. II).

Nous rappellerons suivant Picquet, (1) que Sabourin a publié quatre observations : trois de cachexie tuberculeuse, et une de cachexie cardiaque ; et que, dans ces quatre observations, « *on ne trouve rien, absolument rien, qui puisse même laisser supposer l'intoxication maremmatique*, et cependant les lésions hépatiques sont identiques à celles qu'ont décrites MM. Kelsch et Kiener. »

Pour ce qui est des altérations de *l'intestin* la question est bien jugée. Les lésions que l'on avait attribuées au paludisme, naguère, relèvent de la dysenterie ou de la fièvre typhoïde (2).

Nous ne trouvons rien non plus de spécifique du côté de l'appareil respiratoire et circulatoire. Ce serait donc à la *rate* de nous fournir des indications sérieuses et probantes. Mais, ici encore, les faits sont en désaccord avec les conceptions du paludisme. Colin nous dit qu'il a : « perdu des cachectiques dont la rate était elle-même farcie de tubercules » (3).

Legrain relate le cas observé par MM. Rendu et F. Widal « d'une malade qui, pendant six ans, présente une rate énorme descendant finalement jusqu'à l'aîne, rate multilobulée, dure, indolore, et qui meurt de cachexie, après avoir présenté de la cyanose de la face et de l'hy-

1. Picquet. *Thèse de Paris*, 1880, p. 86.

2. Voir Laveran et Catrin, *passim*.

3. Colin. *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1870.

perglobulie. Dans ce cas il s'agissait d'une tuberculose primitive de la rate restée telle pendant de longues années et infectant le foie et le pancréas probablement par la veine splénique (1) ».

En raison des faits que nous avons apportés précédemment, il faudra rayer de l'anatomie pathologique des rates dites paludéennes les splénomégalias dues aux cirrhoses alcooliques et biliaires. Il faudra éliminer les grosses rates dues aux troubles d'origine gastro-intestinale, les hypersplénies syphilitiques dont la fréquence est grande en Algérie, comme Legrain (2) l'a constaté, tant au point de vue histologique que clinique.

Cette liste déjà longue est encore incomplète. Nous devons y ajouter le Kala-Azar. « *Les lésions que l'on trouve à l'autopsie des malades atteints de Kala-Azar sont les mêmes que celles de la cachexie paludéenne.* Il y a une pigmentation du foie, de la rate et des reins (3). » Cette pigmentation à laquelle on a voulu faire jouer un rôle si important n'appartient donc pas en propre au paludisme.

Ce n'est pas une altération caractéristique, puisque nous la retrouvons dans les cirrhoses pigmentaires (en particulier dans le diabète bronzé), dans certaines affections du pancréas, dans la phthisie et le cancer de l'estomac, dans l'anémie pernicieuse progressive. De plus en plus, on tend à admettre l'ubiquité du pigment mélan-

1. Legrain. *Loco citato*, p. 302.

2. Legrain, *Loco citato*, p. 304.

3. Brouardel et Gilbert. *Nouveau traité de Médecine et de thérapeutique*. Article de Wurtz, p. 230. Tome VI (1906),

que (1). D'où l'erreur qui a fait prendre des cachexies dues au diabète bronzé pour des cachexies « paludéennes ». Dans le type décrit par MM. Hanot et Chauffard (2) nous savons que « l'influence du paludisme n'est pas du tout établi. » (3) Le cas relaté dans l'observation XV (p. 64) de la thèse de Dutournier est un des rares que l'on n'ait pas étiquetés cachexie paludéenne, malgré les accidents antérieurs d'impaludisme et une grosse rate (poids à l'autopsie 370 gr.). Nous ne manquerons pas de signaler le syndrome addisonien dont le type se rencontre quelquefois chez les Arabes, consécutif très vraisemblablement, selon nous, aux lésions syphilitiques des capsules surrénales.

On comprend, après ce que nous avons vu, tout l'intérêt qu'il y a à bien distinguer la fièvre intermittente parfaite des fièvres symptomatiques d'affections diverses; car la thérapeutique change totalement dans l'un et l'autre cas.

Ce que Bénard écrivait si judicieusement à propos de l'abus du quinquina, nous pourrions le répéter pour la quinine, en nous appuyant sur des arguments nombreux et aussi sur de désolantes constatations.

1. Dans sa *thèse* (Contribution à l'étude des cirrhoses pigmentaires. Paris, juin 1895) Acard, estime que « le pigment noir trouvé par MM. Auscher et Lopicque a tous les caractères du pigment mélanique du paludisme (p. 30). » « Maintenant que l'attention va être attirée sur lui on le rencontrera dans une série d'autres maladies » (p. 31). C'est ce qui a eu lieu.

2. *Revue de médecine*, 1882, p. 385.

3. Dutournier. *Thèse* de Paris, juin 1895. Contribution à l'étude du diabète bronzé, p. 40.

Mais cette digression ne ressortirait pas au plan de notre travail. Néanmoins, nous jugeons utile de remettre en mémoire ce que Georges Treille écrivait à propos de la bilieuse hématurique (1): « Elle atteint surtout les isolés, dans les postes de l'intérieur, qui se font médecins d'eux-mêmes pour la circonstance, prennent régulièrement les préventifs de la fièvre intermittente, cherchent à réagir contre le spectre, toujours présent dans leur esprit, de la malaria, et se bourrent de quinine à dose quotidienne. Ceux-là, elle les tue presque infailliblement, attendu qu'il n'est pas possible d'absorber impunément ce spécifique dans les climats où l'élimination rénale est insuffisante (2), très souvent même altérée par les lésions anatomiques, comme le montre l'état des reins dans toutes les autopsies pratiquées dans les pays chauds à la suite des états cachectiques, chroniques ou même simplement aigus. »

Et auparavant G. Treille avait dit: « Si s'affranchissant de cette doctrine des âges anciens de la médecine qui tend toujours à placer dans la nature, comme un *quid ignotum* malfaisant, les germes de nos maladies, on voulait bien considérer que l'homme, enfin, porte

1. Georges Treille. Les conditions sanitaires de l'Afrique intertropicale, *loc. cit.*, p. 810.

2. Nous estimons que la remarque de G. Treille peut se faire à propos du foie. Ne perdons pas de vue, en effet, que la barrière hépatique retient environ 50 0/0 de la quinine introduite dans l'organisme (Voir Chauffard, lequel s'appuie sur les travaux du professeur Roger. *Traité de méd. Bouchard-Brissaud*. Tome V, 2^e éd., p. 11). *A fortiori*, si le foie est déjà lésé, l'élimination de la quinine par cet organe sera encore plus restreinte.

en soi la propre cause de ses défaillances ou dégénérescences morbides, un grand pas serait fait dans la connaissance étiologique des affections intertropicales (1). »

Au terme de ce travail, nous nous en voudrions de ne pas citer une page admirable due à un médecin de la Marine, le D^r Mahé(2). Les lignes que l'on va lire méritent, au lieu de l'ombre où l'oubli les a jetées, une éclatante lumière :

« les travaux des médecins militaires en Algérie proclamèrent la nature paludéenne et spécifique d'une grande portion des pyrexies des pays chauds. Mais alors le fantôme du paludisme offusqua les yeux de cette génération médicale nouvelle. Le miasme des marais engloba la pyrétologie tout entière, la fièvre jaune, le choléra, la peste, la dysenterie, l'hépatite, la fièvre typhoïde, etc... En dehors du sel de quinquina il n'y eut plus de salut pour les malades de cette époque. Il fallut absolument guérir ou mourir,

non plus vide de sang mais plein de quinquina.

« Nous ne sommes pas encore nous, médecins de la marine, assez dégagés de cette imprégnation du miasme palustre, qui avait si profondément pénétré l'esprit médical de nos aînés dans la carrière.

« Cependant, rien n'est moins prouvé que la nature et

1. Georges Treille. Les conditions sanitaires de l'Afrique intertropicale, *loc. cit.*, p. 809.

2. Mahé. Programme de sémiotique et d'étiologie pour l'étude des maladies exotiques et principalement des maladies des pays chauds. (*Arch. de médecine navale*. Anno 1875.

l'origine paludéenne de toutes les pyrexies des tropiques. N'est-il pas évident aujourd'hui que beaucoup d'accidents brusques, que beaucoup de morts soudaines sont à tort, englobés dans la classe trop compréhensive des fièvres dites pernicieuses ? »

CONCLUSIONS

I. — La cachexie paludéenne, syndrome introduit dans la nosographie vers le milieu du xix^e siècle, ne répond pas à la réalité clinique.

II. — La fièvre intermittente parfaite évoluant chez un individu peu traité ou même non traité, est exempte de danger ainsi que les anciens l'avaient reconnu, depuis la plus haute antiquité. Elle n'engendre pas la cachexie.

III. — La fièvre intermittente parfaite survenant chez un malade mégalosplénique antérieurement, du fait d'intoxications ou d'auto-intoxications diverses, ne provoque ni ne crée par elle-même la cachexie. Elle n'entraîne pas l'augmentation de volume de la rate.

IV. — Des états très variés : cirrhoses et maladies du foie, mal de Bright, affections des voies urinaires et du tube digestif, anémies, etc... ont été rangés et confondus sous la dénomination de cachexie paludéenne.

Les erreurs ont eu souvent pour point de départ le défaut de renseignements précis sur les antécédents du

malade autant que l'oubli des véritables effets de la fièvre parfaite.

La confusion est née surtout de ce que l'on a mal interprété le caractère de certaines fièvres intermittentes, purement symptomatiques de lésions organiques diverses.

Vu : le Président de la thèse

E. GAUCHER

Vu : le Doyen.

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ACARD. — Contribution à l'étude des cirrhoses pigmentaires. *Thèse de Paris*, 1895.
- BATHÉLEMY. — Syphilis héréditaire tardive. Lésions du foie. *Archives Générales de Médecine*, 1884.
- BÉNARD. — Dissertation théorique et pratique sur la fièvre quarte. *Thèse de Paris*, 1804.
- BOERHAVE. — Aphorismes commentés par Van Swieten. *Traduction Paul*, Paris, 1766.
- BRUHL. — Splénomégalie primitive. *Archives Générales de Médecine*, 1891.
- CATRIN. — Le paludisme chronique. *Bibliothèque Charcot-Debove*, Paris, 1893.
- CATTELOUP. — De la cachexie paludéenne en Algérie. *Recueil de mémoires de médecine et chirurgie militaires*. Année 1851, tome VIII, 2^e série.
- CAUSSE. — De la cachexie paludéenne en Afrique. *Thèse de Montpellier*, 1851.
- CELSE. — *Œuvres traduites par Védreñes*, Paris, 1876.
- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du foie, Paris, 1878.
- COLIN. — *Gazette des hôpitaux*, n^o 17, 10 février 1863, p. 65.
- COLIN. — Traité des fièvres intermittentes, Paris, 1870.
- COMBE. — L'auto-intoxication intestinale, Paris, 1907.
- CORRE. — Traité clinique des maladies des pays chauds, Paris, 1887.

- DANGERVILLE. — Impaludisme sans fièvre. *Thèse de Paris*, 1876.
- DUBOUÉ. — De l'impaludisme, Paris, 1867.
- DUPRÉ. — Des infections biliaires. *Thèse de Paris*, 1891.
- DUTOURNIER. — Contribution à l'étude du diabète bronzé. *Thèse de Paris*, 1895.
- DUTROULAU. — Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, Paris, 1861.
- FINOT. — *Recueil de mémoires de médecine et chirurgie militaires*, t. LVI, 1^{re} série, année 1844.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis, Paris, 1899.
- GALIEN. — De la méthode thérapeutique à Glaucon. *Traduction Daremberg*, C. 9, L. I.
- GAUBERT. — De la pathogénie et de la thérapeutique des fièvres à quinquina. *Thèse de Montpellier*, 1864.
- GAUCHER. — Epithélioma primitif de la rate. *Thèse de Paris*, 1882.
- GRIESINGER. — Traité des maladies infectieuses, Paris, 1868.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, tome II, 3^e édition. Paris, 1896.
- HANOT. — Étude sur une forme de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. *Thèse de Paris*, 1875.
- Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. *Bibliothèque Charcot-Debove*, 1892.
 - Leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Antoine, in *Bulletin médical*, 27 septembre 1893.
- HASPEL. — Maladies de l'Algérie. Paris, 1852.
- HIPPOCRATE. — *Œuvres traduites par Littré*, 1839-1861. Épid. Liv. I.
- KELSCH ET KIENER. — *Annales de physiologie normale et pathologique*. 2^e série, tome V, année 1878.
- Traité des maladies des pays chauds, Paris, 1889.
- KONGE. — L'intoxication palustre, *Thèse de Paris*, 1856.
- LANCEREAUX. — Traité des maladies du foie et du pancréas, Paris, 1899.
- LAVERAN. — Traité des fièvres palustres, Paris, 1884.
- Paludisme, Paris, 1892.
 - Traité du paludisme, Paris, 1898.

- LEGRAIN (ÉMILE). — Introduction à l'étude des fièvres des pays chauds (région prétrropicale), Paris, 1900.
- La fièvre quarte. Paris, 1902.
- Le paludisme n'est pas une entité morbide, Paris, 1906.
- LEREBoullet (Pierre). — Les cirrhoses biliaires, *Thèse de Paris*, 1902.
- LÉVY. — De l'ictère infectieux splénomégalique, *Thèse de Paris*, 1898.
- PICQUET. — De l'hépatite interstitielle paludéenne, *Thèse de Paris*, 1880.
- REGNARD. — *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, année 1873.
- RENDU. — Leçons de clinique médicale. Tome I. Paris, 1890.
- SAFFAR. — Quelques remarques sur la fièvre intermittente parfaite en Algérie. Loi d'action de la quinine. *Thèse de Montpellier*, 1900.
- SYDENHAM. — Œuvres de médecine pratique. Traduction Jault et Baumes, tome I, Montpellier, 1816.
- TREILLE (Alcide). — L'expédition de Kabylie orientale et du Hodna (Mars-novembre 1871). Notes et souvenirs d'un médecin militaire (Paris 1876).
- Sur les caractères cliniques des véritables fièvres à quinquina. Loi et traitement préventif des rechutes dans les fièvres intermittentes (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1890, 1^{er} sem.).
- Sur l'atténuation spontanée ou acquise de l'infection dite paludéenne (*Mémoire lu à l'Académie de Médecine*.) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, oct. 1891.
- Sur quelques faits relatifs à la fièvre intermittente quarte (*Mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1892).
- Sur les intercurrents morbides dans la fièvre à la sulfate de quinine (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1893, 1^{er} sem.).
- Du traitement occasionnel de la fièvre à sulfate de

quinine(*Mémoire lu à l'Académie de Médecine, Séance du 27 juin 1893*).

- TREILLE (A.). — Démembrement des maladies dites de « *Malaria* » ou de « *Paludisme* » par l'observation de la *fièvre à sulfate de quinine*(fièvre intermittente à rechutes, fièvre des alluvions). *Communication au congrès médical international de Rome, 1894. Bulletin médical de l'Algérie, juillet 1894*).
- La fièvre à sulfate de quinine. Alger, 1894.
 - Le Rhamadan ou jeûne annuel des Musulmans au point de vue de l'hygiène publique et privée. *Congrès international d'hygiène. Budapest, 1894*.
 - Étiologie du paludisme (d°). *Gazette médicale de Nantes, 12 oct. 1894*
 - La fièvre quantité négligeable dans les maladies au point de vue thérapeutique. *Congrès de médecine de Bordeaux, août 1895, tome II, p. 830, et Gazette médicale de Nantes (d°)*.
 - Du chlorhydro-sulfate de quinine dans la fièvre intermittente parfaite (d°).
 - Des rechutes dans la fièvre intermittente parfaite à sulfate de quinine à transformation et à dégradation successive des types. *Congrès pour l'avancement des sciences. Carthage, 1896, in Bulletin, Tome I et Médecine moderne, 1896*.
 - De la mégalosplénose. Des états dénommés anémie et cachexie paludéennes (Congrès pour l'avancement des sciences. Carthage, 1896. In *Bulletin*, tome I, p. 228).
 - Essais de sérothérapie (sérum de Roux) dans la fièvre quarte. *Congrès de Nancy, tome II, p. 47, et Gazette médicale de Nantes, 1896*.
 - Du traitement chez les enfants de la fièvre intermittente parfaite à quinine à rechutes, à transformation et à dégradation successive des types. *Congrès de Nancy, 1896, tome II, p. 635*.
 - Lettre sur le paludisme à M. le Dr Rendu, in *Gazette médicale de Nantes, juin 1899*.

- TREILLE (A.). — De la prétendue accoutumance au sulfate de quinine chez certains malades improprement appelés « paludéens ». *Congrès de médecine*, Lille, 1899.
- Du traitement occasionnel de la fièvre parfaite, d°.
 - Paludisme, fièvre typhoïde et sulfate de quinine en Algérie. *Revue médicale de l'Afrique du Nord*, 1904.
 - La fièvre quarte devant la société médicale des hôpitaux de Paris, 1907.
- TREILLE (A.) et LEGRAIN. — Les variations estivales culturales et pathogéniques en Algérie, 1903.
- TREILLE (Georges). — Les conditions sanitaires de l'Afrique intertropicale. In *Revue générale des sciences pures et appliquées*, 5^e année, n° 21, 15 nov. 1894.
- TRNKA. — *Historia febrium intermittantium* ; vol. I, *de febribus intermittentibus in genere*. Vindibonæ (Vienne), 1775.
- VÉRON. — Cirrhoses paludo-alcooliques. *Archives générales de médecine*. Année 1884, 7^e série, 2^e semestre.

